

ENFERMEDADES DE LA PIEL

Joaquín Eschack
Prof. Doctor BALDOMERO SOMMER

4/8/90

2 obras

LECCIONES

SOBRE

ENFERMEDADES DE LA PIEL

POR

Amaury PASQUALIS-POLITI

Farmacéutico

Practicante del Hospital Italiano

CURSO DE 1908

SALVS POPVLI
SVPREMA LEX ESTO



LA CIENCIA MÉDICA

LIBRERIA Y CASA EDITORA DE A. GUIDI BUFFARINI

CORDOBA 2080

BUENOS AIRES

1908



Dos palabras á mis compañeros

La publicación de estos apuntes no tiene otro objeto que el de facilitar, por una parte, un memorandum para los que hán seguido con atención las explicaciones minuciosas del profesor de la asignatura, y por otra, una recopilación de las ideas que sobre Dermatología se nos inculca en nuestra Universidad, para todos aquellos alumnos que sumidos en la pesada labor de Hospitales y Sanatorios no puedan tener el agrado de asistir á esta enseñanza en el Hospital San Roque.

Sin pretensiones, pues, de ninguna especie, y con el solo fin de poder, quizás, ser útil, es que vén la luz estos apuntes, en los que no he tratado de modificar en lo más mínimo la forma, desde que sería marchar en contra de su legitimidad y del espíritu mismo de la enseñanza de esta materia, en la cual, lejos de preocuparse de aquella, todos los esfuerzos han siempre tendido á hacer gráfica la expresión y á brindarnos un buen fondo.

El Autor

Enfermedades de la piel

GENERALIDADES

Eflorescencias ó Elementos

Cuando observamos la piel de un enfermo, lo que primero nos llama la atención son las *eflorescencias* (ó *elementos*) que pueden ser *primarias* ó *secundarias* atendiendo á su etiología y en efecto, no es raro ver en el curso de una afección transformarse las unas en las otras. Las eflorescencias han recibido este nombre por parecerse á las flores en su morfología; ellas aparecen, duran un cierto tiempo, para desaparecer después. Entre las principales podemos citar la *mancha*, la *pápula*, la *vesícula*, el *tubérculo*, la *roncha*, el *tumor*, la *pústula*, etc.

Mancha: no es más que una alteración limitada del color de la piel. Normalmente el color de la piel es debido tan solo al trasluz de la sangre que en las diferentes razas es más ó menos pronunciado según la riqueza del epitelio en pigmentos. Cuando estas manchas son pequeñas y del tamaño de una cabeza de alfiler, reciben el nombre de *efélides* ó *pecas* y se observan por lo general en la cara y en el pecho. La creencia general de la influencia de la luz en su génesis no es del todo incierta

si bien su aparición en el aparato genital le es contraria. Si se comprimen con la yema del dedo, ellas no desaparecen ni dejan arrastrarse con la uña. Estas manchas se presentan en las personas poco ricas en pigmentos, en los rubios ó gente de pelo colorado, como si constituyeran una compensación. Cuando estas manchas ya no son pequeñas, pero en cambio abarcan una gran parte de la cara ó cuerpo, se llaman *cloasmas*. Tampoco se pueden hacer desaparecer mecánicamente y ellas suelen mostrarse en las distintas edades conjunta ó consecutivamente á padecimientos internos. Entre las causas del cloasma se halla el embarazo en el que aparecen cloasmas denominados vulgarmente paños. Aparecen también en los que sufren de perturbaciones digestivas y en los tuberculosos en su último período. En cambio en otras afecciones la mancha no es ya causada por pigmento sinó por la infiltración de un hongo, tal como en la *pitiriasis versicolor*, la que rascada con la uña deja salir una parte del epitelio córneo. Si una superficie de cloasma se tiñe con tintura de yodo queda teñida por igual, pero en la pitiriasis se absorbe más en el sitio enfermo y la diversa tonalidad de color nos demuestra la infiltración desigual del hongo. Cuando la pigmentación de la piel falta en todo el cuerpo, se denomina *albinismo*; entonces la sangre se trasluce más fácilmente sobre todo en el ojo. Se denomina *acromia* cuando falta el color en algunas partes é *hipercromia* cuando abunda en otras. A veces hay *vítigo* cuando hay exceso de pigmento en la periferia y falta en el centro. Pero además de manchas grandes las hay también pequeñas como lentejas en la sífilis, en especial en el cuello, y en la nuca (*leucoderma*) de los individuos de piel delgada y que es impropriamente denominada por algunos autores «sífilis pigmentada». En otras enfermedades hallamos manchas más limitadas que denominamos *roseolas*; que son manchas exantemáticas de afecciones infecciosas; son del tamaño de una uña, de bordes no bien limitados, de tinte rosa pálido, del color de la flor de durazno. La más fre-

cuenta es la de origen sifilítico. Por compresión digital desaparecen para volver á aparecer, en el acto, persistiendo solo cuando son viejas y no han sido sometidas á tratamiento. No solamente la sífilis, sino también el cólera, la fiebre tifoidea y algunos medicamentos como la copaiba, pueden producir roseolas. En los *eritemas* hallamos por lo general en la periferia un color más pronunciado, siendo algo azulado en el centro y rosado en los bordes. La *antipirina* es capaz de producirlos. Por la compresión la *púrpura* no se desvanece pues cuando ha habido en la piel una hemorragia ésta no desaparece desde que no se reabsorbe. Estas manchas así producidas son de forma diversa y reciben nombres distintos: *petequias* si del tamaño de la cabeza de un alfiler; *equimosis* si son grandes; *vivices* si son lineares. Hay una forma de púrpura llamada *variólica*, que es debida á que la muerte no ha permitido el completo desarrollo de la viruela. En el *acné rosado* los vasos se hallan dilatados y es por ésto que por la compresión palidecen para volver á recuperar su color. Tal pasa en la *telangiectasia*. Generalmente toda mancha de la piel no aparece súbitamente en el recién nacido, sirvan de ejemplo los *nevus* que aparecen al cabo de algunas semanas, y los hijos de negros que recién nacidos son blancos. Los *nevus* pueden ser rojos ó azulados según provengan de sangre venosa ó arterial. Fuera de estas coloraciones limitadas hay otras generalizadas como la de la *lepra* que vuelve cara y manos de un color cobrizo y de un brillo especial, y la *enfermedad de Addison* de color bronceado. También puede producirse este color con las medicaciones á base de Ag, muy usadas antiguamente para combatir la ataxia y la epilepsia (argiria). El As en uso interno ó en inyecciones hipodérmicas produce un oscurecimiento de la piel, cosa que desaparece con la suspensión del tratamiento.

La *anemia* produce el color pálido de los tegumentos; un color amarillo el *mal de Bright*, y *pajizo* la caquexia cancerina. Los *padecimientos intestinales* producen un color oscuro y las *afecciones hepáticas* el color icterico

que puede volverse casi negro si ellas son intensas. Fuera de éstas debemos citar el *tatuaje*.

Por último tenemos las *machas azules*, llamadas así por su color no muy acentuado, pero fácil de reconocer. Ellas se encuentran en las partes laterales del tronco abdominal ó torácico y son producidas por los *pediculis pubis* que viven en las regiones púbicas, nunca en el cabello, y que hacen excursiones hasta la axila. *Estos insectos* poseen una sustancia que inyectada con la picadura dá ese color y que igualmente se puede producir machacando *pediculis pubis* y con una aguja frotada en la masa, pinchando al sujeto de experiencia. Hace 30 años (y algunos tratados aún lo traen) se pensaba que eran manchas de tifoidea, pero hoy se explica porque el enfermo con bacillo de Eberth y *pediculis*, teniendo tantos sufrimientos mayores, soporta mejor al insecto que lo llena de picaduras. Se caracterizan porque ellas no varían de color ni hacen saliencia sobre la piel.

Pápulas. — Se puede decir que son las más importantes eflorescencias; son sólidas, elevadas sobre el nivel de la piel y muy variables en cuanto al tamaño y á la forma. Las hay de varias clases, á saber:

- 1 Pápulas semiesféricas
- 2 “ acuminadas
- 3 “ planas
- 4 “ umbilicadas
- 5 “ plana en el centro
- 6 Condiloma

En cuanto á su tamaño ellas pueden ir desde la punta de alfiler como en el liquen pilar, al grano de mijo (pápula miliar), ó mayores como lentejas, tal como se ven en la sífilis (lenticular). Por último se denominan *numulares* si del tamaño de una moneda. Por su forma, vistas de frente, pueden ser *circulares* ó *poliédricas*, ó bien reunidas unas á otras formando un complejo. En el *liquen*

rojo encontramos pápulas del tamaño de una cabeza de alfiler reunidas entre sí y brillantes. Son, en cambio, opacas y de color de jamón crudo en la *sífilis*. Otras tienen un tinte grisáceo debido á la maceración producida por el líquido que contienen, que, por más que las pápulas son sólidas, como todo tejido siempre tienen líquidos, en especial en ciertos parajes.

Hay pápulas de aspecto escamoso y negro como en la *psoriasis negra* ó bien con umbilicación como en el *molluscum contagiosum*. Otras veces las pápulas tienen, como se presenta en algunos casos en la *sífilis*, bordes poco netos é infiltración dentro de la pared de los vasos lo que les dá mucha analogía á un neoplasma. En algunos eczemas puede notarse como es que ciertas pápulas que contienen algo de líquido, degeneran en vesículas. Otras se proveen de contenido sebáceo (*molluscum contagiosum*). Otras veces hay una verdadera proliferación de pápulas (verruga). Siendo la pápula de vida transitoria, deja al caer una cierta pigmentación pero nó cicatriz. Sólo en la *sífilis* hay una especie de atrofia cicatricial, pero es debida á una falta de nivel que es solo transitoria. Esto debe tenerse en cuenta para poder diferenciar pápula de *tubérculo*, entendiéndose por esto últimoun amaso ó conjunto celular que se halla dentro del dermis y que hace relieve. En cambio el *goma*, iniciado más profundamente no ataca la superficie del dermis, pero hace saliencia por compresión. Es pues difícil de poder diferenciar uno de otro y entonces se ha buscado el modo, como lo hizo Gaucher, de quitar dicha confusión, dando el nombre de *nódulo* acompañado de la región que ocupa, así por ejemplo: nódulo epidérmico, hipodérmico, dérmico, y dejando la acepción de *tubérculo* al que produce el bacillo de Koch y *goma* al que tiene consistencia blanda.

El tubérculo puede tener tamaño distinto, no importando éste para su clasificación; de color amarillo, por lo general del grandor de una cabeza de alfiler, situado en el dermis, y al microscopio con sus tres capas concéntricas

conocidas. Ahora bien, si su tamaño es muy grande, recibe el nombre de *tumor*. El tubérculo deja cicatriz porque después de haber sufrido una transformación grasosa, caseosa ó supurada, es eliminado. Hay pues diferencia con la pápula. En el tumor ella es aún más marcada, sabiéndose que es una hiperplasia de tejido, sin límites definidos, que tiende al crecimiento.

Vesícula es un pequeño levantamiento de la epidermis, de contenido ya seroso, ya serosanguinolento; del tamaño de una cabeza de alfiler, que, reunidas muchas de ellas, forman lo que se llama *herpes* y que no debe ser confundido con la palabra *herpetismo*, que se usa cuando no se sabe bien diagnosticar. (Sinónimo de artritis).

En el *herpes zona* ellas son muy claras. Por lo general las vesículas siempre son superficiales, pero pueden ser profundas, debajo ya de la capa córnea ó más abajo aun hasta llegar á ser próximas al dermis. El liquido seroso distiende la vesícula hasta hacerla estallar, cosa que también puede suceder por un acto mecánico, como ser si se golpea con un cuerpo contundente; entonces solo quedan los restos de la capa que servía de cubierta. En caso de no suceder así, se reabsorbe, se seca y después se desprende, dejando en el lugar de su implantación una lijera coloración rojiza ó pigmentada. Ahora bien, cuando hay muchas vesículas próximas y terminan por refundirse, se forma la *ampolla* ó *flictena*, si bien algunos autores solo quieren dar este nombre á las que son consecutivas á una hústión ó quemadura. La ampolla es por lo general policiclica á causa de la unión de varios semicírculos, determinándose así un borde irregular, como se vé en el *pénfigo*. Las ampollas como las vesículas pueden tener una profundidad variable, ya mucha, ya tan poca, que no dejan vestigios. Lo mismo que en la vesícula, su liquido puede sufrir enturbiamiento, ruptura de cubierta, salida de serosidad y la formación de costra por desecamiento. Luego que esta serosidad ya no se produce, se secan y se desprenden costras

acompañadas de la placa epitelial que las recubría dejando una mancha rojiza ó pigmentada.

Roncha. -Es característica por su fugacidad y porque es por lo general más ancha que elevada. Es un edema debido á una vaso constricción seguida de una vaso dilatación; tal como se puede ver en la *urticaria* y en el *dermografismo*, pasando una uña ó alfiler sobre la epidermis, se observa que se forma una raya blanquecina en el centro, rojo cinabrio en la periferia, que en casos en que esta piel es muy sensible, como pasa en algunas enfermedades intestinales, es suficiente para que se produzca una roncha. Sin embargo, también la picadura de ciertos insectos (chinche, mosquitos, pediculis) pueden producirla y se podrán diferenciar de las anteriores por la presencia de la picadura, mientras que en las de causa interna su superficie es uniforme. Estos detalles son de mucha importancia y capaces de diferenciar en un niño, por ejemplo, de la sencilla picadura de insecto, una enfermedad como el *prurigo* que podrá durarle toda la vida. Es por esto pues, que en ciertas afecciones pruriginosas el rascado conduce á la formación en la vecindad de nuevos elementos y por tanto de otras tantas indicaciones para el diagnóstico. Si es de causa interna, mucho contribuye el sistema nervioso y cuanto mayor es la atención y preocupación del enfermo, esta afección más se manifiesta.

Pústula.—Su contenido es purulento y es su principal caracter diferencial de la vesícula. Pasa por un principio de vesícula ó pápula y luego se vuelve pústula. Hay sin embargo algunas como las del *muermo* que lo son desde su origen. Están localizadas por lo general en puntos predilectos como ser un folículo piloso y esto debido á que hay aquí normalmente mayor cantidad de bacterios, que á la menor causa provocadora externa se ponen de manifiesto y originan la pústula. Las hay superficiales y profundas, es decir, de evolución rápida que solo levantan la capa córnea, ó bien que alcanzan hasta el mismo dermis como en la *viruela*.

En esta enfermedad ellas son umbilicadas lo cual las diferencia de las otras. A su derredor se vé una zona inflamatoria causada por los bacterios, pero una vez rota la pústula, los bacterios salen al exterior y la zona inflamatoria se vá.

Escamas.—Generalmente son secundarias, pero las hay primarias como en la *pitiriasis versicolor* y esto es debido á que el hongo se introduce por debajo del epitelio córneo y lo levanta (prueba de la tintura de yodo).

Efflorescencias secundarias

Ya que hemos hablado de la *escama* primaria hablaremos ahora de la *secundaria*. Se vé por lo general en una pápula, que después de haberse deprimido, se desprende su superficie córnea y forma la escama secundaria. Tal sucede en la *soriasis*, donde se la puede ver regenerándose diariamente en abundancia. Hay escamas pequeñas, ya laminares, ya muy extendidas. Otra efflorescencia secundaria es la *escoriación*, cosa que se puede producir pasando algo fuertemente la punta de un alfiler sobre la piel y lesionando linearmente. Se forma así una línea blanca y si se ha roto la capa córnea y las más profundas, habrá una pequeña cantidad de serosidad intercelular que al salir á la superficie, disecándose, se volverá amarillenta. Ahora bien, si la lesión ha interesado tambien las papilas y por tanto hay rotura de vasos, habrá formación de *costra* sobre la excoriación. Se produce esta, por lo general, con la uña ó con instrumentos de uso común. Siempre que se observen muchas excoriaciones se puede asegurar la intervención de la uña y por tanto enfermedad pruriginosa y habrá lesiones distintas según las efflorescencias primarias que existian. A causa de pápulas ú otros elementos culminantes rascados, se producen lesiones *puntiformes* como se observa en la *sarna*. La *pediculosis* produce roncha pero á causa del prurito, la uña da lugar á *líneas*. Tal sucede con los

pediculis vestimentorum, observándose sobre todo entre los homóplatos donde predominan sus refugios á causa de los pliegues de la camisa. Lo mismo pasa con la *chinche* en la abertura inferior del calzoncillo en los que duermen con ellos. En el lugar de la excoriación queda una pigmentación.

Fisura.—Es una cierta sol: de continuidad linear que se observa en ciertas partes del cuerpo y que se produce mediante una alteración previa de la piel que le haga perder su elasticidad, así como por ejemplo, una inflamación, y luego la intervención de la causa coadyuvante que parecería única, como el movimiento, el frote, etc. Así se observa en la sífilis que entre los dedos de los piés se forman pápulas que después por sus movimientos al caminar dan lugar á la fisura. Lo mismo pasa en invierno con los sabañones. (*Eritema pernio*).

Ulceración.—Es aquella eflorescencia secundaria constituida por la pérdida de sustancia epidérmica y dérmica. La palabra EXULCERACIÓN significa que el dermis no se halla ni aún ligeramente atacado, mientras que en la primera, la lesión es mucho más profunda. Además hay diferencia entre *ulceración* y ÚLCERA, pues esta última significa que no tiene tendencia á la cicatrización. La úlcera hay que estudiarla por su fondo y forma. El fondo puede ser liso ó anfractuoso, con pequeñas elevaciones ó botones carnosos. El borde puede ser un síntoma que nos indique la sífilis cuando es indurado y levantado, lo que demuestra su formación por infiltración celular, producida especialmente en las paredes del vaso y en su derredor, lo cual lo distingue de otros bordes que tienen sustancia córnea, dura y elevada. Otras ulceraciones se pierden insensiblemente en la piel sana, otras son talladas á pico ó socavadas como en la tuberculosis, pero sin elevación ni induración. También la ulceración deja al abierto vasos y linfáticos, pudiendo el líquido que exuda dar lugar á la formación de un terreno muy propio para el cultivo de microbios y produciendo por influencia de éstos un exudado con caracte-

res distintos. En algunas ulceraciones hay gran cantidad de sero-pus, abundante y cremoso. En la sífilis hay poca serosidad. También la ulceración puede ser en su fondo lesionada y producir hemorragias, formándose así con el líquido ya existente un sero-pus-hemorrágico. En la úlcera sífilítica notamos que muchas veces dos de ellas se encuentran y se fusionan en parte, adquiriendo un aspecto reniforme, caracter importantísimo para el diagnóstico.

Costra.— Es un producto exudado y desecado, pero en su estructura no entra el epitelio como en la escama, sino que está formada por exudados concretos, de diferente color según se deba á sangre ó suero. Además está en relación con la lesión que la ha precedido, es por esto secundaria. La serosidad es por lo general aseptica, pero luego se infecta y se pondrá, al concretarse, tanto más amarilla, como en el impetigo, cuanto más pús, es decir, microbios habrá. Cuando se produce la costra en una ulceración ella varía de color y si se ha producido rápidamente tendrá un tinte amarillo claro, tanto más oscuro, cuanto más habrá tardado en formarse. Hay ulceraciones en que á medida que se cubre el centro, crecen en la periferia y es por esto que llegan á formarse ciertas costras llamadas *rupias*, es decir en forma de escalera, que luego se deprimen en el centro. Ellas son característica de la sífilis. La coloración de las costras oscurece con el tiempo á causa de la agregación de polvos atmosféricos y cuerpos extraños debidos á la suciedad.

Cicatriz.— Solo se puede producir cicatriz donde ha habido destrucción del dermis y por tanto en ella no se podrá encontrar ni folículos ni pelos. La cicatriz tiene por lo general la forma de la costra productora. Al principio la cicatriz es rosa pálida y luego blanca nacarada; no siempre puede diagnosticarse sus causas, pero el sitio, la cantidad y la forma pueden indicarnos algo. Así 2 ó 3, una al lado de otra en el brazo, nos indicarán *vaccina*. En la cara, *la viruela*, si son muchas. Si son redondeadas, en espalda, pecho y cara el *acné*. Reniformes y en las piernas: *sífilis*. En la espalda ó tronco, muchas, lineares y

paralelas: *ventosas escarificadas*. Fuera de estas hay además atrofiadas cicatriciales, pero en ellas hay folículos pilosos y pelos. No se debe tampoco confundir *cicatriz queloide* con *queloide*, pues en este el traumatismo no es externo, viene del interior. En las extremidades inferiores, las eflorescencias más banales dejan pigmentación porque hay allí dificultad de circulación.

Liquenización.—Viene de una afección producida por pápulas, que, como lo dijimos en otra ocasión, cuando son muy pequeñas no se transforman y reciben el nombre de *liquen*. Ellas se encuentran en los parajes donde ha habido roce ó presión, lo mismo que se producen callosidades en las manos por el uso de herramientas. El boton mismo de la camisa lo produce, presentándose en la cara anterior del cuello en forma de pequeñas papulitas reunidas. Cuando este conjunto, en su periferia, tiene papulitas más raras y dispersas, se denomina *liquenificación* ó *liquenización*. Otros creen que es un eczema papuloso, de pequeñas pápulas.

Cuando la eflorescencia es única se denomina *solitaria*. Cuando son varias, separadas por espacios sanos, y en número crecido se dice *discreta*. Cuando están reunidas: *confluente*, y el intermedio entre solitaria y discreta se dice: *dispersa*. A veces se atiende á su agrupación; así se denomina p. ej: *corimbiforme*. Otras veces están reunidas en posición *linear*. *Namular* si es en forma de moneda. Otras *concentricas*, porque hay un centro y varios círculos alrededor.

En el *herpes iris*, por ejemplo, tenemos el segundo nombre debido á la concentricidad y el primero porque en su comienzo la lesión es un conjunto de vesículas. Es frecuente ver en la disposición de las lesiones sifilíticas, como en las constelaciones, un cuerpo principal y sus satélites, es decir, pápulas rodeadas de eflorescencias más pequeñas.

A veces hay eflorescencias que en su evolución se ven varios círculos que se extienden periféricamente y alcanzan á tocarse; se denomina erupción *serpiginosa*; otras ve-

ces es casi linear formando así como una espiral. Existen efflorescencias más ó menos iguales por su estructura, llamadas *monomorfas*, si bien es común hallar efflorescencias distintas en un mismo sujeto ó *polimorfas*, que pueden presentarse así, ó ser debidas á enfermedades distintas y reunidas, como ser, por ej. sífilis y sarna. Hay efflorescencias debidas á ciertas ocasiones que influyen en producir las: así se dice *estival*, *vernal*, *infantil*, *senil*, término que se agrega al nombre. Las hay debidas al sexo y al trabajo, estas últimas llamadas *profesionales*.

Etiología

Rechazar sistemáticamente artritis y herpetismo — Ciertas afecciones digestivas se traducen por enfermedades de la piel (*acné* y *seborrea*) y vemos el *cloasma* producirse por embarazo, por alteraciones gástricas ó lesiones de las cápsulas suprarrenales.

Causas extrínsecas — Son las más comunes y conocidas. Ellas se dividen en *mecánicas*, *dinámicas*, *químicas* y las *producidas por seres animales y vegetales*. Las *mecánicas* son fáciles de reconocerse, tal como las callosidades producidas por las herramientas en las manos del obrero, ó en el hombro á causa de llevar cargas, y otras menos groseras como la de la uña sobre la piel por el acto de rascarse, que producirá solo una raya blanca en la piel sana, pero lesiones mayores si había pápulas ú otras efflorescencias. Entre las *dinámicas*, la acción del sol sobre el cutis que produce eritema. Ella puede contrarrestarse en las mujeres por la aplicación de un velo rojo que detiene los rayos químicos. La misma acción tienen el calor vivo de una llama, el frío en las regiones de altura, como también los rayos X que producen á veces una verdadera gangrena de la piel. Hoy día puede evitarse esto último porque hay aparatos para medir la cantidad de corriente y graduarla. Como causas *químicas* tenemos

a acción de cáusticos ácidos ó alcalinos y en general toda la terapéutica dermatológica nos suministra elementos que desde el momento que sirven para curar las afecciones de la piel, quiere decir que alguna acción ejercen sobre ella. Estas causas son pues infinitas. El agua misma por su acción prolongada, puede terminar por la maceración: así pues la hidroterapia bajo forma de compresas puede llegar á influenciar sobre las capas profundas. El salol, de tanto uso como dentífrico, actúa alterando la mucosa bucal y gingival, esto debido á que se usa el desinfectante mal, sin haberse antes enjuagado la boca.

Causas animadas. — Estas últimas incluyen toda la serie de parásitos que transitoria ó perennemente viven en nuestro organismo. Tales son el *sarcoptes scabiei*, el *pediculis capitis*, *pediculis vestimentorum* y el *pubis*, la chinche, la garrapata, etc. Otras como la *Spirochaeta* ó *treponema*, de la cual se duda aún de su origen animal ó vegetal. Entre los vegetales: los hongos y los bacterios: *trichophicies*, *achorus schonleini*, *microsporum furfur*, *m. minutissimum*, *actinomyces*, *oidium albicans*.

Diagnóstico de las enfermedades de la piel

Hay que tener presente que para el diagnóstico, los antecedentes son casi inútiles pues más bien inducen al médico hacia un falso camino. Es conveniente que los enfermos, en especial si son mujeres, sean mudos. Debe observarse á la luz solar, nunca á la artificial. Se vé el color de la piel, si es más ó menos lisa, si las arrugas, poros ó pelos son normales ó nó, si la piel corresponde á la estructura de la región que se observa, y relacionar todo con la edad. Luego se pasa á estudiar la localización de la enfermedad y así se hará el ojo clínico capaz de apreciar á un enfermo. Si por ejemplo, tiene cara y cuello limpios, pero delante del hueco axilar, en la cintura, alrededor de mamilón y en la manos, presenta pe-

queñas lesiones, se puede casi asegurar que es un sarnoso. Otro enfermo que nos dá la espalda presenta entre las dos escápulas una serie de líneas: tiene *pediculis vestimentorum*. Luego entra la palpación que no debe ser anterior á la inspección pues ella podría modificar por el tacto su color. Se estudiará si se trata de una pápula, mancha, etc. su tamaño, coloración, forma, dureza, si hay una zona inflamatoria á su alrededor; si es una vesícula, qué clase de contenido posee; su conjunto ó agrupación. Hay además síntomas objetivos que hay que saber interpretar de por sí. Si se trata de una cicatriz poder apreciar consecutiva á que lesión es, si pertenece á la enfermedad actual ó si es de otra anterior. En la sífilis por ejemplo, ellas podrán darnos datos por su número, forma y situación. Si bien la costra es una verdadera cortina que impide ver lo que hay debajo, no es menos cierto que puede ser útil para el diagnóstico: se verá si es reciente ó antigua, según su color, si es de serosidad ó de sangre. Hay que observar si hay varias erupciones que indiquen varias enfermedades, ó si son solo pasajes de una misma: de mancha á pápula y pústula por ejemplo. Se acostumbra así á leer en las eflorescencias todo lo que el enfermo pudiera decirnos. Así una enfermedad pruriginosa puede deducirse de las escoriaciones que la uña deja al rasarse. La *lepra anestésica* determina la *insensibilidad* en ciertos enfermos, y ésta sorprendida por el médico mediante un pinchazo dado al enfermo, ó una aproximación de fósforo, mientras se le distrae con otra cosa, podrán poner sobre la pista. Muchas veces no es conveniente el diagnóstico precipitado y es preferible repetir varias visitas, sea para conocer la evolución de la enfermedad, sea para esperar que se hagan más manifiestas ciertas lesiones. Así como no basta, para tener fiebre tifoidea, una elevada temperatura y es necesario esperar nuevos síntomas, no podremos diagnosticar lo que hay detrás de una costra, si no suministramos al enfermo algo que se la desprenda.

Marcha y pronóstico

Las enfermedades de la piel pueden ser agudas, crónicas, ó pasar de las una á las otras: las hay también, y sobre todo en las contagiosas, que tienen un ciclo definido y evolución semejante debido á los gérmenes y sus toxinas. Otras marchan á la par con la persistencia de las causas que las originan, cesando con la desaparición de estas. Algunas son rápida ó tardíamente curables, otras graves, y por fin las hay incurables y mortales. Las benignas, sin embargo, constituyen el mayor número en Dermatología, tales como el eczema. Sin embargo, no basta el pronóstico de vida ó muerte, pues muchos de las que se hallan en el primer caso, son capaces de dejar grandes trastornos, obligando á abandonar el trabajo que sirve de sustento, afeando un rostro de mujer bonita, ó perjudicando el crecimiento y el desarrollo intelectual del niño, como lo hace el *prurigo de Hebra*, que por su prurito quita el sueño y la asistencia á clase del chico motejado de sarnoso, y por tanto impide su buen desarrollo y su educación.

Tratamiento

Es un hecho curioso que por más que la piel sea el elemento que más á la vista está del hombre profano ó de estudio, se haya desde tiempos antiguos desprovisto de importancia á sus afecciones, atribuyéndoles un papel secundario y considerándoselas tan solo como reveladoras de lo que se creía como una *acrimonia sanguinis*. Aún las enfermedades más fáciles de explicarse eran consideradas como de causa interna y por tanto se creía lógico hacer un tratamiento interno que corrigiera la constitución de esa sangre corrompida y viciada. De allí que se creyera fatal la curación de dichas afecciones puesto que se pensaba que desapareciendo ellas volvían á internarse en la sangre. En cambio era de éxi-

to seguro inocularlas á otro, porque así la enfermedad se marchaba hacia afuera. Es un hecho conocido de que el enfermo que tiene tifoidea posteriormente á la sarna, vé desaparecer durante aquella enfermedad febril, las lesiones de la última para volver después de haber cesado la primera. Pues bien, los antiguos creían que todo el cuadro tifoideo era debido á la sarna que se había entrado en el organismo y que desaparecería la enfermedad cuando reapareciera á la superficie. Solo más tarde, con los estudios de Hebra se pudo saber que el ácaro no podía desarrollarse con la temperatura alta y que solo lo hacia de nuevo cuando ésta había desaparecido. No se conoce, pero se sabe que existe, lo mismo, relación entre asma y eczema. Ellas son ambas afecciones nerviosas que aparece una al desaparecer otra y viceversa, cuando coexisten en un mismo individuo. De modo pues que hay que combatir todas las enfermedades de la piel como tan brillantemente lo demostró Hebra. Este distinguido dermatólogo, discípulo de Skoda, estaba encargado de una sala, de las muchas que este sabio profesor de clinica tenía á su cargo, y en la que se recluían todos los enfermos de piel, á los que no se daba importancia alguna y apenas se atendían. Llamó la atención de Skoda que su practicante Hebra se dedicara tanto á aquellos enfermos, y admirado de su constancia le dió libros para que estudiara, porque era pobre, y entonces, después de un encierro de 3 años consecutivos, se inició con su brillante trabajo sobre la sarna, estudio tan perfecto que ni hoy mismo podría ser retocado. Su constancia fué tal que durante este tiempo se negó aún á participar en consultas que otros médicos le proponían, atraídos por su renombre de estudioso de estas enfermedades y se disculpaba diciendo: *aún no sé nada*. Fué el fundador de la escuela positivista y si bien no negó que existieran causas internas como para el *liquen rojo* (de cuya enfermedad le murieran 14 y el 15^o lo curó) tampoco admitió que solo estas pudieran ser causantes de las afecciones de la piel.

En el tratamiento interviene el As, el S, conocidos desde hace mucho tiempo, el Hg y todos los metales para combatir en especial la sífilis: tan es así que se usó aún el oro, y que Ricord, que se puede decir fué el fundador del verdadero estudio de la sífilis, decía que el oro debe ir del enfermo al médico y nó del médico al enfermo.

Entraremos á estudiar el *tratamiento externo*, es decir el que actúa directamente sobre la piel para modificarla y curarla.

El *agua* tiene en dermatología un uso importantísimo, hallándose provista de muchas propiedades como ser la de arrastrar todas las impurezas, secreciones y gérmenes detenidos sobre la piel, de ablandar y separar las costras, el pus, la sangre, etc. Puede usarse el agua de múltiples maneras, sea en forma de baños de agua pura, es decir sin otro medicamento, aunque con esa palabra solo se entiende el agua destilada, pues la de la lluvia arrastra impurezas atmosféricas y terrestres.

El agua en contacto con la piel hincha el epitelio, extrae sus sales solubles y en aquellos parajes donde hay abundante epitelio córneo lo pone blanco y blando llegando á veces, si su acción es continua á desprenderlo. El agua es además el vehículo de diferentes temperaturas y un baño de 10°, 12, hasta 20° es excitante de las funciones de la piel y del organismo en general, y este estado reaccional constituye la base de la hidroterapia. A 30°, 32°, hasta 34° es calmante, aplaca el sistema nervioso en especial el superficial, produce la calma y el sueño. Una mayor temperatura produce la congestión de la red capilar y la transudación. Tendremos pues en el agua un factor que por sus muchas propiedades se hace adaptable á un sinnúmero de enfermedades. El agua de baño puede ser pura ó bien tener otras propiedades debido á las sales que lleve en solución: tal sucede con las aguas minerales y de manantiales, que arrastran consigo todas las sales subterráneas solubles que encuentran á su paso, en el trayecto por ellas recurrido. Se aprovechan aquellas que

tienen en solución sales de Fe, de S, cloruros, etc. Existen en la R. Argentina una gran cantidad como en Europa, solo que ellas no son aún bien conocidas y no gozan la fama de las últimas.

El agua salada es un gran factor medicamentoso y muy abundante, pues constituye el agua de mar. En nuestro país las playas de Mar del Plata y Necochea gozan de prestigio. Todas ellas tienen más bien propiedades de acción general y en Dermatología tienen sin embargo un gran número de contraindicaciones, salvo el caso de afecciones pruriginosas, pues ellas acentúan más aún los estados inflamatorios. La forma de aplicación del agua sobre la piel, ya se trate de agua pura ó mineral, es muy variable sea por la calidad, cantidad ó tiempo de aplicación. Desde el baño rápido que sustrae calor y limpia, hasta el baño de la cama de Hebra, hay todos los grados posibles. Este último tiene la propiedad de ser constante, pues es una cama especial llena de agua á 32° hasta 34° y en la que se deja al enfermo día y noche. Se ha usado y usa, para combatir la viruela y para las quemaduras, pues en especial estas últimas no teniendo el atrito del aire se ven aliviadas. El doctor Sommer dice haber visto en Viena á los quemados rogar se les continuara tratando con el agua para ver aliviar su dolor. Este tratamiento se ha extendido á la gangrena y pénfigo.

Apesar de este tratamiento la mortalidad de los hucionados era muy grande y solo disminuyó con la aplicación de la anestesia y el cepillaje de la quemadura que veía arrastradas con un buen lavado todas las ptomainas que se formaban en su foco, evitando así la intoxicación. Hay pues que revestirse de energía y exigir al enfermo este tratamiento toda vez que la quemadura sea peligrosa. Puede hacerse el tratamiento del agua en forma localizada: pulverizaciones con agua fría ó caliente, inhalaciones, baños faciales. Estos últimos son eficaces en la seborrea y en el acné, pues arrastran las materias grasas. Otra forma es el de las fumigaciones.

El agua pura en suspensión en algodón aséptico y cubierto el todo con Mackintosh ó Guttapercha, tiene propiedades macerantes y descongestionantes. Pueden también agregarse, naturalmente, los antisépticos, tal como se usa hacerlo en la forunculosis, el antrax, para quitar la inflamación y acentuar la fagocitosis. Pueden usarse también cataplasmas emolientes, no ya de harina de lino, que son irritantes por sus aceites esenciales, pero si con feculentos en general mojados con agua caliente y cubiertos con tejidos finos. Son de efecto benéfico en especial para quitar costras. El agua puede servir también para abluciones ligeras ó ya como vehículo de sust. volátiles que evaporadas disminuyen su temperatura.

Sustancias grasas. — Elementos de mucho valor en dermatología ya sean ellas de origen *mineral, vegetal* ó *animal*. Las primeras entre las cuales se halla una sustancia de mucho uso es la vaselina, que sin embargo debe formalmente rechazarse en medicina dermatológica sobre todo en los procesos inflamatorios, por ser irritante y solo usada en los casos en que expresamente quiera irritarse la piel. No se debe cometer el error de preferir la vaselina á las otras sustancias grasas pues *centenares de veces*, dice el Prof. Sommer, *he tenido ocasión de curar enfermos que empeoraban en manos de otros médicos, con solo sustituir la vaselina que empleaban éstos en su fórmula, por otro vehículo graso.*

Las grasas vegetales son tambien de muchísimo uso por ser suaves: tales son el aceite de olivas, de maní, ellas no son absolutamente irritantes, en cambio tienen el inconveniente de ser muy líquidas y por consiguiente no se pueden aplicar solas, sino solamente mezcladas con otras, en especial el *cerato simple*, adoptado por el Codex Argentino y que no tiene agua como el cerato de Galeno. Son pues las sustancias de elección cuando se vá á recetar en Dermatología. Para mantener su consistencia, puede agregarse un polvo inerte como el *óxido de zinc y féculas, arroz en polvo, etc.*, volviéndose de este modo *pastas*, nombre que reciben y

que no debe confundirse con su homónimo de las farmacias en las cuales interviene el azúcar.

Las grasas animales—La *axongia*, como vehículo de pomadas y ungentos es muy usada en Dermatología, pues no es irritante como la vaselina. Con todo no aventaja al cerato simple. El *sebo* es más consistente y por tanto mejor que la axongia. La *lanolina*, reúne propiedades excelentes, pues además de su poder de absorción del agua y por tanto de todo medicamento en estado soluble, es de un poder penetrante especial, capaz de profundizar mucho el medicamento. Con ella pasa lo contrario que con los aceites, es decir que, siendo muy consistente, necesita la agregación de aceites para su mejor aplicación. A ella se suelen agregar otros ingredientes pulverulentos, formando las llamadas *pastas*.

EMPLASTO—Conocido y empleado desde antiguo, entendiéndose entonces por tal, un trozo de badana sobre el cual se había extendido una gran cantidad de sustancias resinosas.

Hoy día solo se usa la sustancia activa mezclada con guttapercha que se puede extender á voluntad en caso necesario y en más pequeña cantidad de lo que antes se usaba. En el vulgo se cree que decir emplasto es decir tela emplástica, lo cual es un error.

UNGUENTO-POMADA—La diferencia está en que el primero posee materias resinosas y la segunda nó. En cambio esta última es á base de grasa benzoínada y tiene medicamentos.

GLICERINA—Considerada por algunos como grasa, esta idea del vulgo hace que tenga aceptación.

Este alcohol triatómico si bien es cierto que macera, en ciertas enfermedades debe reemplazar á las grasas. Tal pasa con el *acné seborreico*, donde la grasa abunda y no se le debe aplicar otra. La glicerina es higrométrica y absorbente y por esta causa se usa para quitar la aspereza de las manos después de haberlas mojado, ó las grietas de los labios.

Los *emplastos jabonosos*, en especial los emplastos jabonosos *salicilados*, tienen la propiedad de macerar la piel. El emplasto *mercurial* es usado en la sífilis y en muchas otras afecciones. Los emplastos en general tienen la propiedad de hacer permanecer sobre una determinada región y durante largo tiempo al medicamento. Otras sustancias que parecen á primera vista producir la impermeabilidad de la piel, porque la recubren perfectamente, así como el colodión, la traumaticina, en realidad tienen una acción completamente contraria á lo que parece y que se creía antes, es decir que favorecen la volatilización de los líquidos de la piel. Tienen la ventaja de permitir la inclusión de medicamentos que así se aplican mejor. Parece ser que esta antigua idea de que son nocivos para el cuerpo los impermeables, ha nacido de lo sucedido á un chico al cual, con motivo de festivales hechos á un Papa se le habia disfrazado de angel recubriéndole de papel dorado fijado á su cuerpo con un barniz, á causa de lo cual murió poco después. En este caso era debido á una intoxicación producida por las materias que entraban en la composición de aquella. Además no se puede admitir una muerte por la suspensión de la transpiración, sabiendo que hay un equilibrio entre los emunctorios y que en este caso habria una hiperfunción renal-compensadora.

Entre los cuerpos que se incorporan al colodión ó á la traumaticina tenemos la *crisarobina*. Las *colas* á base de gelatina son cómodas porque pueden adquirir consistencia distinta según la calidad de principios agregados. Para esto se agrega á la gelatina 2 ó 3 veces su peso de agua, se pone en baño de maria y así se constituye la cola á la que para darle mayor elasticidad se le agrega glicerina. Todo este conjunto es pues un vehículo medicamentoso, como lo es el óxido de zinc ú otras sustancias inertes que dán consistencia á las pomadas. Para aplicarlo se puede hacer uso de un pincel ó de un hisopo y despues se recubre con algodón, lo cual impide que se pegue á los vestidos. Para desprenderle no hay más que levantar la lámi-

na formada, por uno de sus bordes. Sirve esto tambien con el objeto de evitar que sustancias medicinales aplicadas en los miembros inferiores, puedan, estando de pié el paciente, difundirse. Las sustancias activas propiamente dichas no son muchas, á pesar de la gran cantidad que se dice existir y que sin embargo no deben atenderse. Ante todo estudiaremos el

Tratamiento antiséptico Tiene por fin destruir á los gérmenes. Tenemos en primer lugar el bicloruro de Hg, y las sustancias antisépticas en general que son muchas pero que sin embargo son irritantes sobre la piel y por tanto, pueden ser benéficas ó nocivas según se den ó nó acertadamente, pues por ignorancia puede producirse en una región sana una *dermitis* ó *dermatitis* ó *eczema* medicamentoso. Cuando el cirujano trata, por medio del cepillo y del jabón, seguido de la acción del alcohol ó éter, de obtener la antisepsia de una región, ejerce al mismo tiempo una presión y expresión sobre las glándulas sin conseguir vaciarlas por completo de gérmenes, pues ellas están repletas, y á pesar de que aún la fagocitosis misma, establecida por el estado inflamatorio, viene en su ayuda. Por eso hay que prestar mucho cuidado en que el cirujano se lave durante la operación muchas veces las manos, y la región donde actúa, pues la sangre coagulada que lleva en ellas, es un medio propicio para el cultivo y desarrollo de gérmenes.

Tenemos además en Dermatología las sustancias reductoras que, debido á su avidez por el oxígeno, producen una vez aplicadas sobre la piel, oxidaciones que la modifican.

Podemos citar entre estas la *resorcina*, el *ácido pirogálico* que gozan de propiedad de favorecer la producción del epitelio córneo y que por tanto han recibido el nombre de sustancias *queratoplásticas*, de excelente resultado en caso de erosiones. Las sustancias *queratolíticas* hacen en cambio desprender y descamar todo el epitelio. Muchas veces una misma sustancia puede ser al 5 ó al 10 % queratoplástica, y al 10 ó 20 % queratolítica. Tal sucede con los

ácidos diluidos ó puros respectivamente. Todos los alcalinos son queratolíticos y el ácido salicílico lo es aún en solución muy débil. Así como las hay para el epitelio córneo, hay también sustancias que llevan su acción sobre capas más profundas, como por ejemplo en una úlcera (en la que como sabemos se halla atacado el dérmis) ya favoreciendo la formación de brotes carnosos: *coleoplásticas*, ya destruyéndolos: *colecólicas*. El *yodoformo* es un cuerpo, que desde la antigüedad viene gozando de propiedades coleoplásticas. Esta sustancia aplicada sobre las úlceras es de efectos incomparables, á pesar de que en estas épocas han aparecido compuestos orgánicos como el Yodol que se dicen mejores y que sin embargo están muy lejos de serlo. Además el yodoformo hay que saberlo usar, primero, porque es irritante en extremo, en especial en los nerviosos en los que es capaz de producir eczemas, y segundo porque si bien favorece el crecimiento del fondo de una úlcera ó herida, es en cambio impotente cuando se trata de favorecer la producción de células epiteliales; para esto, ya hay que cambiar medicamentos ó dejar que la naturaleza obre de por sí. Hay que atender también á las idiosincracias: El Yodoformo es capaz en ciertos individuos de producir por su sola aplicación verdadero delirio vehemente y ruidoso. Esto que no es conocido por el alienista, debe tenerlo en cambio presente el dermatólogo. (Caso de Sommer). Nuestro profesor lo aprendió de Kaposi que consultado con motivo de un delirio, hizo suprimir el yodoformo y aquel cesó. Otro caso de idiosincracia es el de aquel individuo que tratado por Sommer con yoduros, se le producía cada vez una úlcera de la córnea, hecho que se repitió al aplicársele tintura de yodo sobre una herida.

El *Nitrato de plata* produce por su aplicación la mortificación del epitelio, pero en cambio por debajo se forma una capa naciente; no debe usarse en mayor proporción que soluciones del 5 ó 10 %. Puede usarse especialmente en los eczemas crónicos rebeldes.

Otro grupo de sustancias que combaten un sintoma, son las sustancias *Antipruriginosas*. Esto se obtiene con todo lo que sea capaz de producir frio sobre la piel: agua, eter, alcohol, cloruro de etilo, etc.

El *acido fenico* mismo es un buen medicamento para combatir el prurito tanto en afecciones agudas como crónicas, pero en cambio *el alquitran* capaz de hacerlo en las crónicas, es un estimulante del prurito en las agudas, á tal punto que se vuelve insoportable. Alquitran lo hay vegetal ó mineral, pero este último es muy irritante y por lo tanto se prefiere el de la Haya y el Aceite de Cade. Tiene el inconveniente el alquitran de poseer un color que se hace imposible de poderlo aplicar en partes descubiertas y que además ensucia la ropa, por esto se le sustituye á veces por el *andrasol* que no tiene estos inconvenientes. Se usa tambien como parasilicida ya con alcohol ó en pomadas con vaselina, que no importa esta última si en este caso es irritante, desde el momento que el alquitran ya lo es de por si.

Los jabones son preparados de susl grasas y álcalis: Na y K. Los de potasa más irritantes, blandos y ordinarios, de efecto muy fuerte sobre la piel: en este grupo se incluye el jabon verde ó negro, son macerantes y destructores de la piel. Los primeros en cambio son jabones duros y sirven como vehiculos de medicamentos. Los jabones neutros son ventajosos, sobre todo cuando no se quiere aplicar sobre la piel alcalinos. En ellos hay un verdadero equilibrio entre las grasas y los álcalis, por tanto no son irritantes. Son raros.

Tenemos además otros medicamentos usados en estado de concentración y estos son los *ácidos nítrico, sulfúrico, láctico*, con el fin de destruir ciertas eflorescencias excrecentes.

Los alcalinos como el HOK , HONa , con el mismo fin.

Todos estos han de ser cuidadosamente aplicados, con el objeto de no cauterizar más allá de lo que se desea pues son destructores. En otro caso es de desearse

un destructor enérgico pero que á la vez no produzca mucho dolor. El ácido fenico es muy usado como cauterizante algo superficial é indoloro, usado en muchas afecciones de la piel. Dejándolo en contacto de esta produce ardor y este se suprime si se tiene la precaución de pasar enseguida un algodón con alcohol. Esto debe tenerse presente pues es muy útil para cortar padecimientos

La potasa cáustica, como alcalino que es, hincha la piel y la pone roja, haciendo resaltar así lo que tenga de más patológico. Es sin embargo muy dolorosa, pero este síntoma, téngase presente, puede suprimirse con solo hacer pasar sobre el punto de su aplicación un algodón mojado en agua. Fuera de estos medicamentos, existe también la

Intervención quirúrgica. — Para ella el dermatólogo puede valerse de instrumentos comunes al cirujano: tijeras, agujas, bisturíes, etc., sin embargo los hay propios de la especialidad aunque pocos. Hay así enfermedades en que es necesario practicar la escarificación ó abertura de los vasos capilares superficiales, lo cual se obtiene fácilmente con la *aguja de Vidal* que la produce por su solo pasaje por encima de un tejido patológico y no así en uno sano. Se practican las escarificaciones en forma lineal y paralelamente ó en forma cuadrículada, ó ya amplias y profundas pues no dejan cicatriz, como pueden verse en las que se producen en la nariz con acné rosado: á pesar de que el instrumento se lleve grandes limbos como pasa en el rinofima ó nariz elefantiasica.

Cuando se quiera quitar productos que se hallan sobre la piel ó sobre ciertas úlceras y heridas, ó con el fin de arrancar eflorescencias, nos valemos de la *cureta de Venier*, que no producirá en la piel sana excoiación, pues ella es uniforme y resistente. Otro instrumento es el *sacacomedones* cuyo fin es el de llevarse los llamados comedones debidos en su formación á que el orificio glandular obturado por un pequeño quisterito sebaceo es luego

tapado por materia sebacea. Antiguamente los médicos los extirpaban, valiéndose de la llave de reloj; más tarde Hebra ideó un vástago abierto por sus dos extremos con el mismo fin.

El masaje: es usado en algunas enfermedades ó estados como la vejez con el objeto de quitar las arrugas, y cuyo fin si no se consigue del todo por lo menos se aproxima. En la cara este masaje debe hacerse del centro á la periferia, pues las glándulas y los pelos están implantados en esa disposición. Sin embargo en otras regiones puede ser circular, malaxante, trepidante, etc.,...

Con este método se consigue hacer reducir la sustancia adiposa subdermica en ciertas personas, en especial señoras, que por su vida sedentaria se enriquecen en este elemento. En este caso debe ser aplicado paulatinamente si no se quiere que la desaparición rápida de la grasa, aumente las arrugas.

Intervención energética Hecha excepción de la aplicación del calor y del frío, este tratamiento es bastante moderno. En efecto la *frigeroterapia*, desde el uso de las compresas con agua ó con sust: que por su evaporación producen frío, hasta el mismo hielo en aplicación directa como congelante y anestésico local, es conocida desde tiempo remoto; y hoy han aumentado su número el cloruro de etilo, el éter y el aire condensado, si bien este último no se aplica aún bien. El frío intenso es como el intenso calor, un germicida de primer orden, usados ambos como antiparasitarios vulgares. La *termoterapia*, desde el cataplasma capaz por su sola elevación á 39° de matar al bacillo de Ducrey-Umma, que no los resiste, hasta el agua como vehículo de calor, y encerrada ó englobada en diversas formas, como para el tubo de Leiter; y por fin el aire caliente obtenido por su pasaje á travez de un tubo enrojecido en un extremo é impulsado por una pera de goma; el mismo galvano y termo cauterio, desde hace algun tiempo en uso, constituyen parte de esta terapéutica.

Mucho más moderna es la **Fototerapia**. Como sabemos, la luz es un elemento atmosférico casi imprescindible para la salud y á la resistencia necesaria al organismo para combatir la enorme cantidad de gérmenes que nos rodea. En los parajes que el sol no visita, pululan las enfermedades.

Así por ejemplo; hace 30 años no había lupus en B. Aires. Sommer lo contó á Kaposi, el cual, no conforme con el relato, exigió también se le manifestara la causa, y aquel le contestó que á su parecer se debía á la edificación baja.

En efecto ahora tenemos la prueba palpable de su veracidad.

Hoy día la luz es un factor terapéutico pero no un elemento de charlatanismo como la cura de agua de Kune, aquel fabricante de baños de latón que se hizo célebre con sus métodos de hidroterapia, destinados á propender la venta de su artículo, sinó en manos del sabio dinamarqués Finsen. Todos sabemos las propiedades luminosas, caloríficas y químicas de la luz y los diferentes rayos de que se compone el espectro. Finsen aplicó la luz roja, obtenida en piezas lapizadas de rojo y con vidrios de igual color, para el tratamiento de la viruela, y notó que mediante esto, la enfermedad veía suprimido el período de la fiebre de supuración. Es una aplicación un poco incómoda pero de resultado. Los rayos azules, para la tuberculosis y el lupus, obtenidos por el pasaje de la luz al travez de una lente doble en cuyo interior hay una solución de sulfato de cobre amoniacal á la cual agregó Finsen un serpentín con agua, para evitar la acción cáustica de los rayos rojos que, con todo, siempre pasan en parte y queman por el gran aumento. Sin embargo hay el inconveniente en este tratamiento de tener que mover mucho la lente ó el enfermo, porque el sol no es fijo y la luz se mueve. Por esto se le ha reemplazado con la del arco voltaico, que no se mueve sinó que es fija. Además se indica el uso, para médico y enfermo, de anteojos azules para evitar el peligro de amanrosis por acción solar.

Hace algunos años se han descubierto sales que tienen la propiedad de emitir rayos que se perciben con pantalla fluorescente. El *radio*, el uranio, etc., principalmente el primero, tienen esta propiedad. El radio no se halla aislado sino combinado y en solución. El bromuro, es la más cara sal, 1 gramo vale 200,000 frs. Su pureza mayor ó menor interviene en su valor. El radio de 100,000 actividades, emite para siempre, sin perder su poder, rayos activos. Estos rayos se utilizan en ciertas enfermedades por su semejanza con los rayos X. Se le dice por semejanza radiointerapia que la diferencia de la radioterapia. Altera los tejidos y vasos, en especial anormales, hasta llegar á la destrucción.

Es necesario proteger al envase pues es capaz aún en un tubo de producir alteraciones. El radio debe estar incluido en algo. Se usa la ebonita, ó bien su adherencia con sustancias especiales que permiten aplicarlo á la piel sin interposición de vidrio. Tiene ciertos inconvenientes pero sus efectos son notables y hay casos de afecciones como el epiteloma, que han sido modificados. Calma el dolor, sobre todo en la ataxia locomotriz. En la Salpetriere, servicio Raymond, se obtuvo la desaparición del dolor con el radio, para volver y desaparecer de nuevo con él. Es, pues, tratamiento del porvenir.

La *Electricidad* se usa ya como *galvanocauterio*, en lo cual es solo el calor que actúa, ya como *electrolisis* por la afinidad de los ácidos por el polo $+$ y alcalinos por el $-$. Por eso se usa en cicatrices, queloides, tumores duros, pues por medio de agujas, disgrega sus sales y los modifica. Para la epilación, se coloca el polo $+$ sobre el cuerpo y el $-$ con un porta aguja que se introduce á lo largo del pelo hacia su raíz.

Con pocos miliamperes, se ve aparecer burbujitas por la saponificación de alcalinos con la grasa de la glándula sebacea del pelo. Sacando la aguja se ve que el pelo se desprende enseguida ó luego, para no crecer más, desde que ha destruido la papila. Su uso es largo pues debe

destruirse pelo por pelo. La epilación por rayos X es, sin embargo, la mejor.

La *electricidad estática*, tiene influencia marcada ya en forma de chispa, ya por el paso de la corriente. Es capaz de hacer desaparecer pruritos, modifica la piel, etc.

Las otras formas tienen también acción; la *electricidad inducida*, para combatir prurito ó inflamación de la piel. La *alta frecuencia* quita el prurito, enfermedad que roba calma y sueño y altera las otras funciones. Las aplicaciones eléctricas se usan en el liquen rojo, el prurigo, etc.

Los rayos X son usados muchísimo. Ellos se usan para diagnóstico, si bien alteran algo la piel.

Los rayos X alteran el endotelio con su uso continuo, alteración que aparece á los 10 ó 15 días después. Produce efectos curiosos no bien conocidos aún, como ser una alteración del espermatozoide y óvulo que ya no se reproducen. Los dentales con plomo que usan los que los aplican son para evitar la impotencia.

Los rayos X en su principio produjeron estragos pues no se regulaban pero hoy no es así y se usan las pastillas Sabraud que miden los rayos que entran en la piel. Existen casos de necrosis; ha habido que amputar la mano á un médico, y una señora que con la aplicación de los rayos X, de 16 veces en una hora, para depilarse, se produjo la necrosis de la piel y una gran escara del mentón al ombligo. No hay que creer que es fácil de aplicarlos como agente terapéutico, se usará pues á lo sumo con el solo fin de diagnóstico, si se quiere evitar graves consecuencias. Además puede quedar en señoras y niñas una pigmentación en el paraje de la epilación. Los rayos X producen la curación en el epiteioma de la piel y lo mismo sucede por su acción sobre los germenos, en el lupus vulgar en especial. Otra aplicación de la electricidad es la que el doctor Cisneros llamó la *electrofusión* (por semejanza á la matanza de los reos) un procedimiento doloroso pero que se hace soportable por la cocainización anterior. En la actualidad se llama *electroignición* y en

Europa hace meses que se empieza á usar. En la sociedad de Dermatología se ha querido hacer constar su primer uso en Buenos Aires. Produce la hústion y fusión del epitelionia y se usará cuando los otros metodos serán inútiles. Fuera de esta aplicación eléctrica, tenemos la *organo-terapia* de Brown Sequard, ó sea el uso de parenquimas curativos para algunas enfermedades como ser el mixoedema la psoriasis, etc., con más ó menos éxito. La adrenalina, es también de uso. Lo mismo sucede con los sueros: el de Marmoreck p. ej. para la erisipela, pues, mata al estreptococo, siempre que haya sido bien aplicado, como toda sustancia curativa, pues la dosis, aunque la fórmula sea buena, modifican su acción.

Eczema

La palabra esta se conoce desde 500 años D. J. En el libro de Accio figura ya este nombre y poco á poco se le dió un significado distinto. Algunos llamaban así á las enfermedades vesiculosas, hasta que lo describió con exactitud Hebra reuniendo una gran cantidad de enfermedades parecidas con este nombre. Es la enfermedad más común, *es el catarro de la piel*, así como la conjuntivitis es la más frecuente en ojos, y el calarro faríngeo en oído, nariz y garganta. Ataca á hombres y mujeres, viejos y niños, con preferencia de hombres á mujeres y niños á adultos, juvenes á viejos. — Está constituida por un gran número de sintomas. — Ya constituida por un grupo de pápulas, vesículas ó pustulas ó ya una simple inflamación con exudados que dan costras ó escamas.

Es una sola enfermedad como se puede comprobar por su evolución, á veces con todos sus sintomas ó bien con uno solo, en el mismo individuo según las épocas en que se le observa. Artificialmente se puede producir en cualquier persona, á voluntad del que quiera originarla.

Esto es de importancia pues demuestra la no intervención del artrismo en su etiología.

Aplicando sobre la piel lintura de arnica, azufre, esencia de trementina, que son irritantes, se produce el eczema. Su forma depende de la intensidad ó de los momentos en que se ha aplicado: se obtendrá así tal ó cual estado. Depende de la irritabilidad y del grosor de la piel. Esto no lo tienen en cuenta los que sostienen ser su causante el artrismo. No sería lo mismo hacerlo en la palma que en el dorso de la mano ó planta del pie. En la oreja ó en las bolsas, es más fácil producirlo que en la piel del dorso.

Sucede además otra cosa con el eczema y es que cuando se produce en un punto, toda la piel se hace irritable. Así la untura blanca por su aplicación produce eczema en la piel, hará que esta ya no tolere la acción de la luz, el roce del cuello ó del puño, pues le producirán eczema también. La piel ya ha sufrido, está enferma, y no tolera. Esto explica lo que algunos creen contagio. Depende pues de la irritabilidad que ha suscitado el medicamento irritador. Cuando la superficie de la piel ha sido irritada no muy intensamente, se producirá ya un ligero levantamiento ó ya varios, separados unos de otros por piel sana. Esto se llama ECZEMA PAPULOSO. Son papulas rojas. Es lo que generalmente se vé en verano (sarpullido) usando camiseta gruesa: el sudor macera la piel y lo produce. Pero si la causa irritante no continúa, si p. ej. refresca el tiempo, la pápula se achata y descama, mientras que si la causa continua, la pápula se transforma en *vesícula* y como luego se produce la reabsorción se aplana la parte superior y se *descama*. Estas son pues dos formas en que el irritante es suave, pero si este es fuerte y repetido, se produce la tumefacción general de la zona de piel que se pone roja, oscura y acompañada de prurito.

Este es el *eczema eritematoso*. Son la acción del sudor donde hay pliegues que no permiten su evaporación y la consecutiva maceración, que lo originan. En los pliegues

en el niño, debajo de las mamas en las mujeres puede observarse. Si es más fuerte aún, el irritante, se producen vesiculitas las unas al lado de las otras, más grandes en el centro, donde hay mayor irritación que en la periferia: es el ECZEMA VESICULOSO. Más tarde, en las partes de epitelio córneo delgado se rompe la cubierta y sale la serosidad al exterior y si se produce en varias vesículas á la vez, se origina el ECZEMA HÚMEDO.

Esta secreción es pegajosa. Si toda la superficie pierde su cubierta córnea, si se rompen muchas vesículas, hay una superficie húmeda y roja porque los vasos están descubiertos. Hay una depresión en el punto de cada vesícula. Es el ECZEMA ROJO. Pero los dos son eczemas húmedos. Si en esa superficie no se coloca aisladores, esa serosidad en contacto del aire, evaporándose el agua, se formarán costras y tendremos así el ECZEMA COSTROSO ó CRUSTACEO.

Si debajo de este tejido córneo hay gérmenes en abundancia, se producirá no ya líquido, sino pus y concretándose dará una costra de color amarillento acentuado, no ya pálido como el anterior: tendremos el ECZEMA IMPETIGINOSO. Cuando ha llegado á su estado de exudación el eczema sigue aún segregando, pero es como un manantial que se extingue, ya no dará por mucho tiempo serosidad y se producirá de nuevo epitelio córneo. En efecto la costra se desprende y deja una superficie roja, donde más tarde se produce una hiperplasia epitelial que luego se desprende, es el ECZEMA ESCAMOSO.

Lo que se desprende es el exceso de producción epitelial. Poco á poco la piel vuelve á ser normal, sin dejar vestigios ni cicatriz, dejando á lo sumo pigmentación. El estado vesiculoso es pues el apogeo de la lesión autómica. El eczema húmedo es el apogeo clínico.

Es una afección que se revela por diversos síntomas como acabamos de verlo. El eczema es enfermedad eminentemente nerviosa. Ella trae alteraciones también profundas y si es prolongada en su curso puede producir el

engrosamiento de la piel y hasta elefantiasis, porque dilata por congestión los vasos sanguíneos y linfáticos, y porque hay intervención posterior de gérmenes. No es una afección mortal, pero hay que tener en cuenta que el eczema no produce directamente la muerte pero puede hacerlo indirectamente. Así en el niño el eczema intertrigo, produce á veces una gran escara profunda y mortal.

Etiología. Es una enfermedad de causas variadas. Se cree que hay eczema idiopático y sintomático. El más frecuente es el primero. La escoria de trementina muy común entre industriales y entre los medicamentos revulsivos, es la que más frecuentemente lo produce. La tintura de árnica usada antes más que ahora, se creía que contraía los vasos y que era buena para las contusiones, pero es inútil y muy irritante resto del oscurantismo de la medicina que solo sirve para producir eczemas. Ahora se aconseja que se busque de hacerla desaparecer por ser perjudicial. Otras sustancias que lo originan son todos los productos alcalinos, en especial los jabones á base de NaOH ; es por esto que se vé abundar el eczema en lavanderas, cocineras, lavaplatos etc. Otras sustancias que están en uso desde que se conocen los gérmenes son los antisépticos, de los cuales hay algunos muy usados en cirugía: el yodoformo, que sobre la piel delgada produce eczema. Luego tenemos el bicloruro de Hg, sumamente irritante; por esto en las manos de médicos, puede verse eczema. Además hay algunas sustancias vegetales como las flores y hojas de algunas plantas que producen eczema. Otro elemento dinámico es la luz intensa, el calor solar, que hace que, en el campo se observen los efectos que causa en las personas de la ciudad: produce el eczema eritematoso.

El viento fuerte, en la Cordillera por ejemplo, lo produce también. Los rayos X y todos los rayos luminosos dan igual resultado. La acción mecánica, el roce, el rascado, la presión, provocan el eczema, ó por lo menos preparan el terreno para su producción. Tal sucede con

el roce del cuello y del puño, y luego, como el eczema produce prurito en todo el cuerpo, entonces interviene la uña que lo reproduce en otras partes. Además debe estar el organismo predispuesto para su adquisición. Para la escuela francesa, el eczema *no existe* sino cuando *persiste*, lo demás es solo una dermatitis. El organismo debe estar en condiciones, como lo hemos dicho, para adquirir eczema; pero también es necesario que haya condiciones locales para que se provoque en cualquier individuo de piel sana. Así 1.ª piel fina como la de la palma de la mano ó del pie. 2.ª Se necesita además que la piel reaccione para que se origine el eczema. Nosotros usamos los distintos antisépticos, sin que se nos produzcan, y es solo cuando ha durado mucho su empleo que aparecen vesicúllas pasajeras. Pero más tarde un disgusto basta para provocar un eczema. Una lesión traumática, puede por su impresión y por su sacudida nerviosa, con la aplicación del yodoformo, que antes nada hacía, producirlo. Es por el *erecismo nervioso*. Una mujer que lava puede no tener eczema con su lavado, pero á causa de una desgracia ó disgusto se le producirá un buen día en las manos. El embarazo, lo mismo que el parto, causan en esa lavandera á continuación de una hemorragia ó de cualquier complicación que la vuelva anémica, el estallido de un eczema; y esto se debe á que la piel se ha hecho más sensible y demuestra que nada tiene que ver el artrismo. Es natural que hay eczemas sintomáticos: que una afección gástrica ó una glicosuria, por la debilitación de la piel pueden acarrearlos. Lo del artrismo es solo cuestión de fé como la religión, pero que no se puede probar: nosotros somos positivistas y no debemos creer lo que no vemos.

Sintomatología.—Al hablar de las formas generales del eczema vimos ya las efflorescencias que lo constituyen.

El *eczema agudo* puede manifestarse en uno ó varios puntos, acompañado de un pequeño chucho, un escalofrío

no muy intenso, casi insignificante, insomnio, intranquilidad, inapetencia, lengua saburral, temperatura con alguna décima más. El eczema agudo se revela en la piel ya en forma papulosa, eritematosa ó vesiculosa. La primera prevalece en el verano intenso y calor húmedo, porque la traspiración no pudiendo evaporarse, principalmente en el tronco por ser cubierto por las ropas, lo mismo que en los brazos y antebrazos, hace que se produzca el *eczema papuloso* (sarpullido). Pero no siempre es esa la forma: hay el *eczema eritematoso* en que toda la piel ha sufrido engrosamiento é inflamación, y si la causa es intensa y continua, se ven vesículas de no muy larga duración, la una al lado de la otra, luego se rompen y se concreta el exudado. La parte más intensa inflamatoria se halla en el centro. Esto hace que en la misma placa se pueda ver la evolución de la afección: en el centro la costra por rotura vesicular, y en la periferia la vesícula entera. En ciertos sitios pueden ya no ser vesiculitas, pues en la palma de la mano, por ejemplo, no se puede romper la capa córnea, y entonces, por fusión de vesículas se formarán ampollas.

Cuando se produce el eczema en otros puntos, donde hay dos superficies de piel en contacto, se forma por rotura de la vesícula (y por no formación de costra) el eczema húmedo, debido á la falta de evaporación: es el *eczema intertrigo* agudo. Se origina en las nalgas, por acumulación de orina, en los chicos, y puede llegar hasta la gangrena.

El eczema agudo de la oreja produce su tumefacción la separa del cuero cabelludo, y la cubre de vesículas.

Lo mismo pasa con el gran volumen que adquiere el escroto, el pene ó la cara. Esta se vuelve monstruosa como si tuviera erisipela, diferenciándose tan solo de ella porque tiene vesículas.

El eczema agudo generalizado es mortificante, pues la gran cantidad de serosidad que fluye adhiere á la piel vestidos y sábanas que siguen irritandolo: esto, aparte del

prurito inseparable de todo eczema, todo lo cual trae sufrimiento y debilitamiento.

Eczema crónico.—Es la continuación ó repetición del agudo, sin que se haya curado el anterior. Pero puede serlo desde un principio como lo es el eczema escamoso por falta de intensidad en la causa. Se produce en todas partes pero de preferencia en algunas. Cuando se produce en una, dos ó más regiones á la vez, la piel está toda irritada por tanto y se produce también en otros sitios por irritaciones las más insignificantes. Esto demuestra que la piel se ha debilitado. El eczema tiende á la simetría: un eczema del brazo ó antebrazo tendrá pronto originado prurito en el mismo punto del otro brazo, el enfermo se rasca y se produce uno igual. Esto demuestra que es una enfermedad nerviosa, es pues un reflejo nervioso el que produce el prurito en el otro punto. Si vemos un piojo en otro individuo, sentimos la sensación como si estuviera en nosotros. Es el mismo reflejo nervioso.

Hay que estudiar el eczema crónico en sus distintos sitios. 1.º *En la cabeza.*—El cuero cabelludo es asiento frecuente por varias causas siendo la mas común la *alopexia*. Esta substancia, en efecto, en gran cantidad es un irritante que produce eczema y se vé que este se halla limitado al punto mismo donde aquella se radica. Las personas que, antes que a la edad correspondiente, son canosas y que deseando rejuvenecerse usan tinturas, que son irritantes, sufren también eczema crónico.

Otras veces son de pelo negro y quieren ser rubios y el agua oxigenada ú otra substancia se encargara de producirle eczema crónico, ya escamoso, ya húmedo y con abundante liquido que pega los mechones de pelo y corre por todas partes. Muy á menudo se extiende hasta las partes laterales, nuca y oreja y produce eczema. En el mismo cuero cabelludo es común que, habiendo muchos germenés, se produzca el *eczema impetiginoso*. Á veces este eczema impetiginoso no afecta todo el cuero cabellu-

do pero solo ciertos puntos, en forma *mericerica*, del tamaño de moneda de cobre, en especial en la nuca paraje donde los *pediculis capitis*, causantes del eczema, se hallan menos molestados y desde donde hacen las escursiones. Pican y alli producen una roncha, los pacientes se rascan y producen un eczema impetiginoso acompañado en el cuello de infarto ganglionar bien visible. Se halla pues ligado al eczema impetiginoso de la cara. Un solo *pediculis capitis* en un niño de piel fina, puede producirle una erupción alrededor de la boca y de la nariz. Basta esto para decir que el niño tiene *pediculis*. Son costras características que rodean nariz y boca. Esto es debido al reflejo que existe entre la nuca donde se produce el prurito y la nariz y boca en las que rascándose el chico con los dedos sucios produce el eczema impetiginoso.

Este eczema es el único rápido en su evolución porque con querosene se puede matar los *pediculis*, pero los otros eczemas son más largos en su duración. Los del cuero cabelludo por las substancias sebaceas, el pelo, y los gérmenes, persisten mucho tiempo. Ellos duran más de uno ó dos meses. El eczema húmedo, tan frecuente, vá después poco á poco extinguiendo su líquido, volviéndose escamoso y se cura pronto por descamación.

El *eczema crónico de la cara* es frecuente. Esta está muy expuesta á la intemperie lo cual favorece su producción.

En ella los sitios más frecuentes son las orejas y los párpados porque la piel es más delgada alli. En las otras partes es menos común verlo. La frente sin embargo, por el contacto con el tafílete del sombrero que tiene esencias similares al olor del cuero de Rusia, se halla predispuesta á adquirirlo. En los párpados, las lágrimas irritan y su piel delgada sufre fácilmente. En las orejas cuya piel es delgada, el serumen abundante ó una otitis, lo provocan. Pero también en la parte posterior hay hendiduras y depresiones donde se acumulan fácilmente líquidos segregados por la piel. En la barba y

bigote, hay facilidad de producción por la proximidad de orificios naturales, boca y nariz, ya á causa de la respiración húmeda, ó bien por un coriza, ambos agentes irritantes y provocadores de un eczema que se puede confundir con la sicosis, pero solo á primera vista, pues el eczema produce una zona que va más allá del pelo mientras la sicosis solo ataca al folículo.

Claro está que la sicosis puede producirse á continuación de eczema. El eczema produce tumefacción y donde hay piel delgada ó mucosa produce fisuras y rajaduras á causa del movimiento: p. ej. en la boca al hablar, comer, etc., desde que la inflamación le ha quitado la elasticidad. *En otros sitios del cuerpo*, hallamos el *eczema papuloso de que ya hablamos* y que se produce en el verano; en el ombligo donde por las glándulas sebáceas y por su forma puede ser fácilmente irritado (en los niños especialmente); en la axila, en el monte venus, por rascado á causa de pediculis pubis.

El eczema del aparato genital es más frecuente en el hombre que en la mujer, por tener aquél un órgano más irritable por su piel fina, y además por el mayor número de enfermedades que contrae y por los medicamentos irritantes que se aplica. Se vé tumefacción total de la piel y frecuentemente el eczema húmedo que provoca otros en la vecindad. El *eczema del ano* es frecuentemente escamoso ó húmedo, ya propagado del aparato genital, ya por trastornos digestivos, ya por hemorroides, que producen un prurito muy grande que no deja dormir. El eczema puede localizarse en las mamas, en especial en las mujeres que crían, por la succión del niño y la salida espontánea de la leche. Puede ser este más ó menos extenso produciendo costras ya en grande extensión, ya solo alrededor del mamelon, donde origina grietas, eczema con fisuras muy incomodo y doloroso al producir el niño la succión, que á veces obliga á dejar de amamantar. Otras veces se ven estos eczemas en la sarna, y se superponen las lesiones del rascado á las del ácaro.

Eczema de las extremidades superiores é inferiores. El de las superiores es el más común, en especial el de las manos.

Es frecuente en la flexura del codo por la delgadez de la piel y por las glándulas sudoríparas y sebáceas, que existen en mayor número que en la extensión. Suele ser eritematoso y se hace muy pronto vesiculoso, extendiéndose á veces hasta abarcar el brazo y antebrazo pero siempre más acentuado en la flexura del codo. Es pues por lo general vesiculoso pasando luego á ser á costroso.

El más frecuente eczema es el de las manos, pues estas se hallan más expuestas á la intemperie. Existe en la palma, dorso, dedos, donde se produce en forma de eritema, y de vesículas, pero es también común ver los eczemas profesionales, formando tipos tan variados y distintos que dejan reconocer la profesión del enfermo.

Así los hay producidos por líquidos y pulverulentos. Hay pues que distinguirlos. Las sustancias líquidas afectan uniformemente el dorso, palma y dedos, con levantamientos epidérmicos y rajaduras, debido á la tendencia del líquido á abarcar una gran superficie: es como una quemadura producida por líquido.

Todas las sustancias antisépticas: algo concentradas y los jabones, producen este eczema: los lavaplatos, las lavanderas lo tendrán pues así. Si en cambio la sustancia es pulverulenta (los albañiles por cemento y cal) produce eczema en la palma y periferia. Se forman placas más ó menos extensas, redondeadas, en algunos puntos más rojas: es el *eczema follicular*, así llamado porque el folículo se ha inflamado por la infección: en efecto cuando los eczemas están infectados tienen límites definidos: puede haberlos en la palma, dorso, ó espacios interdigitales, afectando la uña que está mantenida por la piel, pues se comprende que si esta se enferma, la uña también se enfermará. Causa estupor como en ciertos eczemas agudos no se halla la uña enferma y como en cambio ella es

afectada en los crónicos. Se vé en efecto deformarse la uña y el dedo, que toman un aspecto repugnante como se observa en las cocineras: ya se vé la uña estriada, ó ya la caída temporaria de ella, y como esta es una protección de la sensibilidad y es de estética el conservarla, es de importancia su estudio aún incompleto.

Hay un eczema, que está ligado con el de las extremidades, en especial al de la mano derecha y que aparece alrededor de la boca. El *salol* es una substancia muy perjudicial para la piel, encías y dientes cuando se abusa en su uso pues los dientes parece que se aflojan y se desprenden; el doctor Sommer se dió cuenta observando esto en un enfermo que podría ser un dentrífico (odol) y suspendido este, ellos se consolidaron de nuevo. Observó también, un día que un señor con su señora fueron á visitarle por un eczema de la boca, que era causante el odol, y en efecto pasó que á los 8 días de suspenderlo, desapareció.

En las extremidades inferiores el eczema tiene importancia desde antiguo. Por la ley de la gravedad la dificultad circulatoria es grande y contribuye á la formación de un eczema húmedo: que los antiguos respetaban porque creían que se trataba de humores pecantes que salían al exterior. La dificultad circulatoria lo hace persistir mucho tiempo, aparte de que siendo la piel muy delgada donde solo recubre la tibia, fácil también le es, traumatizarse. La misma cura antiséptica provocará eczema. Otras veces es el prurito de chinches, ó tetranicus (bicho colorado) que provoca el rascado y un eczema muy difícil de curar. Como allí hay edema, ya por circulación varicosa, ya por afecciones renales, entonces el terreno es más susceptible é irritable, dificultando así la curación. En el pie la gran cantidad de glándulas sudoríparas producen mucha secreción, que con botines más ó menos impermeables no puede evaporarse y como la piel es delgada y el pie se mueve mucho, la epidermis, se rajará é infectará, superponiéndose la infección al eczema, en especial en los que cami-

nan mucho ó que sufren de hiperidrosis. En los ejércitos una gran cantidad de soldados sufren de ella. Hay alteraciones de la uña, aunque no tan frecuentes, que la acompañan.

Eczema generalizado. —Se considera así cuando se ha extendido á casi la totalidad del cuerpo. Es sumamente mortificante pues es causante de insomnio, prurito y rascado. Los eczemas se reproducen en todo el organismo, pues la piel es más irritable. Están expuestos á complicaciones infecciosas, lo cual contribuye á su propagación.

Diagnóstico. —Se debe fundar siempre en algunos de los síntomas importantes: el prurito, que si bien no es constante todo el día, lo hay casi siempre. Algunos autores franceses creen que para diagnosticarlo debe verse siempre vesículas, pero esto es un error.

No debe confundirse con otras enfermedades que tratadas por medios irritantes se acompañan de eczema, lo cual dificulta el diagnóstico y tratamiento. Hay que recordar que es una inflamación que no deja rastros ni cicatrices, que se extiende hacia la periferia, no por contagio, sino por extensión. Hay que buscar el sitio en que se produjo primero para conocer la causa. Estúdiense el estado general. Hay afecciones como el líquen rojo plano, que tiene también prurito, pero son pápulas que no pasan á vesículas, pústulas, etc. Hay algunas afecciones eczematosas producidas por los insectos, como la sarna que, obligando á rascarse, origina eczema. El eczema es una enfermedad cuyo *pronóstico* es muy benigno pues no produce nunca la muerte, pero grave para el pobre, teniendo en cuenta la profesión que tiénese que abandonar, si ella es la causa, para cambiarla por otra. Es grave, aún curándolo, porque hay recidivas, lo cual le hará perder sus ocupaciones varias veces.

La piel, cuando se ha tenido mucho tiempo eczema, es fácilmente irritable y sometida á muchas recidivas.

Tratamiento. —Kaposi ha sostenido que el que sabía curar toda clase de eczema podía decirse un sabio. Cuan-

do se vé un enfermo de eczema hay primero que conocer su estado general. Un enfermo de glicosuria puede disminuir la resistencia de su piel y puede tener eczema, como se vé en las mujeres, alrededor del aparato genital, por irritación de la orina patológica. Lo mismo pasa con la clorosis, anemia y alteraciones digestivas que traen perturbaciones del sudor, materias sebáceas, orina etc. y que guardan á su vez entre si relación. Hay que conocer las costumbres de las profesiones, para impedir que se renueve la causa, desconocida á veces para el enfermo.

Nos encontramos pues frente á una tumefacción de la piel y vesículas, y hay que moderar esa inflamación que, si es muy intensa, se rebajará con compresas con agua blanca de Goulard, ó solución de sulfato de alúmina, lo cual sustrae el calor.

A pesar de que el agua es un veneno para el eczema, aplicada continuamente no es tan mala. Con todo hay que buscar otro medio que quite la inflamación y proteja las vesículas contra su ruptura.

Los polvos sustraen calor, refrescan la piel, y absorben los líquidos. Los polvos *mejores son los vegetales*, arroz, fécula, almidón en polvo; no tan conveniente el talco ni el óxido de zinc, preferibles en cambio en otros casos, cuando se quiere evitar el cultivo de gérmenes en esos polvos vegetales. No hay que agregar perfumes nunca. Manera de aplicarlo: Hacer una capa espesa que sea absorbente, y repetida con frecuencia. Si hay dos paredes en contacto, como las nalgas hay que separarlas ó interponer algodón y polvo. Dejar en reposo absoluto la parte enferma. Rápidamente el eczema evolucionará hacia la curación, y ya no se formarán vesículas y costras etc. Es en su principio que hay que evitar esto. Hay que decir al enfermo que *no se ture nunca* la parte enferma. Cuando la intensidad del proceso ha sido mayor y ha habido vesículas, ruptura y formación de costras, se puede continuar con los polvos para contribuir á la formación de costras que protejan, si bien no se deba con-

tinuar mucho tiempo. Entonces habrá que quitar esas costras, pero nunca se hará uso de cataplasmas pues en ellas hay agua. Hay que usar entonces las substancias grasas; pero como la vaselina es una grasa irritante, en especial para la piel enferma, se empleará solo el aceite ó el cerato simple que son aún menos irritantes.

Pero el aceite no tiene consistencia, usaremos entonces el cerato simple, para diluir la costra y evitaremos que corra el disolvente á las partes vecinas, pues tiene suficiente consistencia en especial si se le agregó el 20 ó 30 % de óxido de zinc. Es una pasta.

Hay que saberla aplicar. Se coloca una capa gruesa como la *tapa de un libro*, á la que se le puede agregar el 1 % de Resorcina que es queratoplástica. Hay además que poner algún apósito, que no será nunca una venda de hilo que es absorbente. Se usará entonces *bambasí* ó *franela* que no lo son. Hay luego que enseñar al enfermo como tiene que limpiar su curación. Se le dirá que use un algodón empapado en aceite con lo cual arrastrará la serosidad que ha producido la costra diluida. La aplicación de la pomada la hará 4, 2 ó 3 veces por día según la cantidad de serosidad. Al sacar con el aceite y el algodón la costra se vé en el fondo una superficie rojiza que se recubre de una capa córnea que ya no dará serosidad. Si después de todo esto persiste el prurito, este se quitará con substancias alquitranadas ó bien con mentol en solución alcohólica; el ácido fénico muy diluido en alcohol, hace que cese momentáneamente. Pero este tratamiento contra el prurito solo se aplicará cuando ya se ha formado la capa córnea y para evitar que el enfermo se rasque y se la lleve.

Tratamiento del eczema crónico. — En general debe recordarse que siempre que hay un eczema con costras hay que hacer desaparecer a estas con substancias grasas, sobre todo vegetales y en especial el cerato simple; se debe usar una capa espesa, enfin seguir todos los preceptos antedichos para el eczema agudo.

Se disminuye así la inflamación e infección. Pero para el eczema crónico, cuando es seco, debe siempre usarse el alquitrán en pomada, 2, 3, 5 grs. de aceite de caña por 20 ó 30 de cerato, aunque ya no hay necesidad de hacer grandes capas pues no hay nada que absorber. No se usará el alquitrán en ningún eczema húmedo.

Solo hace excepción el prurigo de Hebra con sus eczemas en la región papilíca, y algunos eczemas que salen detrás de la oreja.

Hay eczemas crónicos que con el tiempo modifican la textura de la piel engrosándola, tal sucede con el eczema foliular, en que hay folículos inflamados y de fácil infección; es un eczema de bordes muy marcados. Se podrá usar en estos casos una solución de $\text{NO}_3 \text{ Ag}$ al 10 % que se deja secar y que formará una capa de epitelio mortificado, que protegerá debajo de él la formación del nuevo. Los eczemas crónicos rebeldes pueden ser tratados provocando encima de ellos una inflamación más aguda. Así p. ej. se lavará bien con el jabón que es muy irritante, y que a la vez que arrastrará los gérmenes, inflamará la región; luego se colocará la sol. de $\text{NO}_3 \text{ Ag}$ y se recubrirá con algodón. Esto se repite varias veces y se consigue así curar el eczema crónico. Este eczema, frecuente en la cara, á causa del elemento irritante, aire, luz, sol, viento, etc., que actúan continuamente sobre ella, es difícil de curar. En algunos casos los rayos X actúan sobre estos eczemas rebeldes, haciendo desaparecer el prurito y produciendo una dermatitis que evolucionará fácilmente hacia la curación. Esto se usa en especial hacerlo en el eczema del margen del ano, donde las materias fecales, las orinas, sudor, grietas, etc. exponen á la rebeldía del eczema, en este caso muy incomodo por su gran prurito.

Se vé con este tratamiento que hay una reacción rápida, por eso se usará solo con un H ó 2 H, al tiempo que se protegerá las partes vecinas, sobre todo los testículos, para evitar la impotencia.

La acción del frío y del agua producen, sobre todo

en invierno, las manos paspadas, lo cual es un eczema crónico. Se combate así: de noche al acostarse se aconsejará la aplicación de glicerina, por encima polvos secantes, y guantes blancos que sean grandes y de hilo, como los de vigilantes. Al día siguiente de mañana lavar la superficie y secarla bien, evitando después el continuo contacto del agua. Es claro que el mejor remedio es la flor de durazno, es decir: el cambio de estación. En eczemas que se hallan en regiones especiales como ser el del bigote, es necesario un tratamiento especial pues no todos se lo quieren suprimir. Se aplicará pomadas con vendajes de franela compresivos. En el eczema del cuero cabelludo podremos usar el cerato simple sin hacer pasta, ó el aceite mismo sin que sea muy abundante para que no chorree por la cara. En el niño hay que cubrirlo en este caso con un gorro especial que se aplique á su cabeza justamente, debe ser de franela ó bombasí, sin suturas superpuestas que inflamarian más todavía en los puntos de aplicación. Serán pues suturas laterales, donde no apoya la cabeza. En los distintos sitios hay pues, segun criterio adecuado, que hacer un tratamiento conveniente.

Secreción sudorífica

La dos funciones más importantes de la piel son las secreciones sudorífica y sebácea. Las dos son muy difíciles de separar. Las glándulas sudoríparas son las eliminadoras de agua, y de Cl Na y las sebáceas exteriorizan las grasas.

La substancia sebácea da flexibilidad y sedosidad á la piel y la protege del exceso de producción de las glándulas sudoríparas. El sudor sirve no solo para eliminar, disolviéndolos, ciertos productos, sinó que su fin más importante es el de regular la temperatura normal del cuer-

po. En cuanto á las alteraciones de cantidad de secreción sudorífica deben ser consideradas bajo cierto criterio, pues si se producen por exceso de ejercicio ó por el verano, en este caso nadie dirá que hay hiperidrosis; y solo lo será cuando se provoque por causas excepcionales. Es explicable si se produce por el vértigo, el miedo, por la emoción; en cambio, una persona cuyas manos sudan mucho en invierno, ó bien, cuyos pies, saturan todas las ropas que lo cubren, es claro que sufre de hiperhidrosis. Se estudiara pues, la hiperidrosis, la anidrosis, la osmidrosis, la bromidrosis y la cromidrosis, esta última sobre todo de mucha importancia. La hiperidrosis debe estudiarse en su forma general y local. Las personas gruesas producen al tocarlas, por lo general, una sensación de humedad y de frío. La anemia y la clorosis la producen también: es el sudor por debilidad. Pero hay casos, aún más exagerados, de personas que sudan toda la vida y que por tanto no pueden llevar ropas de cierto color sin que se tiñan todas.

La hiperidrosis de las manos es muy incómoda para los enfermos, porque les obliga á suspender algunas veces, ciertas profesiones, desde que ensucian todo lo que tocan. Son esas personas que se secan las manos antes de estrecharlas. Algunas veces es debida á perturbaciones digestivas. Cuenta un caso Sommer, que solo en invierno la tiene y que con el uso de guantes le desaparece.

Hiperidrosis de los pies ó bromhidrosis.—Es general que, por la gran alteración que sufre en esta región por el acto de caminar, se produzca una descomposición del sudor con muy mal olor. Esta enfermedad primero se manifiesta por hiperproducción de sudor y luego por más higiene y limpieza que se tenga no se puede evitar la atmósfera insoportable causada por su olor. Es la bromhidrosis de dudosa curación, pues hay medios difíciles á los que el enfermo no siempre se somete, pero que dan resultado. Esta enfermedad es por varios medios curada:

1.º—La higiene: impide la maceración del sudor, si bien no tendrá acción sobre el olor. Comprende además

de pediluvios y del cambio muy frecuente de medias y calzado, el uso de un tratamiento que consiste en poner en las medias polvos inertes mezclados con sustancias antisépticas como el ácido salicílico, y haciendo en los intervalos abluciones con sustancias alcohólicas. Se usará pues, polvos como el óxido de zinc, subnitrato de bismuto, ó el talco de Venecia en esta proporción: 1 de ácido salicílico por 40 de cualquiera de esos polvos. Soluciones alcohólicas de betaneftol, ó de resorcina para el lavado. En todos estos casos hay que cambiar medias y calzado repetidas veces por día. Nunca usar botines de charol que impiden la evaporación. Este tratamiento puede á veces no dar resultado y entonces se usará el *unguento de diaquilón de Hebra* (50 grs. de litargirio y 200 grs. aceite de olivas); esta substancia se pone sobre un tejido de hilo ó de algodón en forma de napa extendida y se envolverá los dedos del pié luego el empeine con ella y después de 24 horas se quitará frotando con algodón y aceite y colocando otro nuevo. Esto se repite varios días. La piel se pondrá oscura y una vez así se aconseja de colocar encima polvos inertes; se desprenderá entonces la capa epitelial y á las 3 semanas ó un mes á lo sumo, el enfermo puede estar curado. Sin embargo á veces hay que repetir el tratamiento. Esta curación se podría hacer mejor estando el enfermo todo este tiempo en la cama. En la actualidad se conoce otro tratamiento; es la aplicación de rayos X. que producen una disminución de la secreción del sudor y originan un estado ligeramente atrófico de la piel una vez que ha desaparecido la enfermedad. Es un tratamiento largo como el anterior, y que tiene el inconveniente de producir á veces, una dermatitis duradera. Después que se ha curado la bromhidrosis hay que indicar una gran higiene de los pies, cambios diarios de calzado y medias y pediluvios frecuentes.

Hiperidrosis de la axila.—Es muy frecuente y más mortificante en las mujeres que en los hombres por la clase y ligereza de vestidos que ellas usan, aparte del

olor penetrante ó insoportable. Es de difícil curación. Se aconseja la limpieza frecuente y los lavajes con soluciones alcohólicas de ácido salicíco, betafnatol ó resorcina, aunque no hay un tratamiento preciso como para el anterior.

Fuera de estas hiperidrosis locales, las hay generales que traen una alteración de la piel. Existe la *sudamina*; que no es más que una cierta tensión de eliminación de los vasos capilares. La *mitior* es una formación muy superficial de pequeñas vesículas sobre el tronco visibles sobre todo en personas de temperamento febril. Es más fácil observarlas en estío que en invierno, ellas contienen un líquido que no es sudor sino serosidad que no pertenece á las glándulas sudoríparas. Desaparecen con la desaparición de la enfermedad febril. Son sin importancia.

Consecuencias de las hipersecreciones son las maceraciones y en especial entre dos paredes en contacto donde producen fácilmente eritema y luego eczema.

Secreción sebacea

Producida por las glándulas del mismo nombre, con más ó menos abundancia según las partes. Sobre el feto para que no se macere la piel en el líquido amniótico, hay mucha materia sebácea concreta en especial en la nuca.

Después del nacimiento, se vé, en efecto, al niño con un cantidad extremada, y las madres tratan de extraersela con otras materias grasas. Luego en ciertos parajes como ser el cuero cabelludo, sigue produciéndose, especialmente en su parte central y anterior y formándose, si la madre se descuida, verdaderas capas. Con el desarrollo desaparece después y solo quedará en mínima cantidad para engrasar el pelo. Pero viene la adolescencia y vuelven á funcionar con actividad las glándulas. En efecto, á medida que el

pelo joven cae y se forma el nuevo, vemos aparecer esta substancia. Por esto, en la pubertad cuando, el vello de la cara pasa á ser reemplazado por el pelo, se produce substancia sebácea oleaginosa. *Téngase presente que esto es fisiológico*, que no se trata de una enfermedad.

En la edad senil vuelve á producirse substancia sebácea, no ya aceitosa como las anteriores, sino concreta como la del niño. La seborrea se produce predilectamente en el eje del cuerpo: línea media del pecho, mentón, nariz, frente, centro de la cabeza. Tienen influencia la pubertad y el crecimiento en su producción. Con el aparato genital se desarrolla también el crecimiento general y la seborrea.

«Quien la produce es un microbacilo de Sabouraud», dicen los autores, lo cual es una fantasía, porque no existe en la seborrea del niño. Además á de ser un bicho extraño, porque cuanto más se limpia más aparece y porque solo se localiza en el eje del tronco. Es indudable que existe, el microbacilo antedicho, pero lo que niego es que sea él la causa de la seborrea.

La consecuencia es esta: que la seborrea produce la calvicie y que no se debe curar «porque de todas maneras está el bacilo». ¡Que microbio más raro que cambiando la alimentación, suprimiendo el pan y la grasa, desaparece! Decir que es él quien la produce porque se vé al microscopio, es querer considerar al estafilococo causante de mil enfermedades porque siempre se le encuentra en las preparaciones de la piel. ¿Porqué, además, no caen también las cejas, el bigote, barba y pestañas? Esto nos demuestra que no es el bacillo el causante. La seborrea es causada ya fisiológicamente, como lo hemos dicho, por el desarrollo natural del hombre y aumenta con las alteraciones digestivas y la alimentación grasosa.

En efecto, por lo general, el que tiene seborrea tiene perturbaciones estomacales (dilatación) ó afecciones intestinales: se observará que el seborreico tiene eructos, sueño después de las comidas, y que usa mucho pan y grasas en su alimentación.

Síntomas de la seborrea. Son dos principalmente. 1.º Producción mayor de substancia sebacea y 2.º, aumento del diámetro del orificio de secreción de las glándulas. Si se observa en detalle estos síntomas, en especial el segundo, y se comprime las partes laterales de la glándula, se vé surgir una substancia vermiforme, blanquecina, con un pequeño glóbulo oscuro en su centro: es el *comedón*. La substancia blanquecina es la única verdadera de la seborrea, el resto son cuerpos extraños. Si se pone en un papel con éter, se vé que se disuelve casi toda, dejando tan sólo una pequeña parte concreta que son los restos del epitelio, pues ha habido conjuntamente una degeneración grasosa de las células de la glándula sebácea. Si se corta á lo largo ese verme grasoso, se verán varias capas superpuestas y llenas de substancias grasosas y cavidades con gérmenes, entre estos, el bacilo de Sabouraud.

Cuando se forman capas epiteliales superpuestas que tapan el orificio de la glándula se constituye el comedon.

Si sobre el comedon se echa éter, ya no se disuelve debido á esas capas de protección, desde que solo en su centro están las substancias grasas y las cavidades con el bacilo de Sabouraud. La cantidad exagerada de substancia sebácea sobre la piel cambia su aspecto. Ya la piel no será mate sino brillante, debido á estas grasas: esto se vé sobre todo en las partes lampiñas. La substancia sebácea es irritante y si se saca continuamente con agua jabonosa ó por frote, se vé, por debajo, la piel irritada. Cuando se forma mucha substancia sebácea se la puede encontrar en forma sólida y concreta. Es esto que Sabouraud ha separado bajo el nombre de *pitiriasis*. Cuando en los niños sigue la seborrea al nacimiento, no hablamos de pitiriasis, sino de un exceso de producción de substancia sebácea: estamos en el mismo caso. En las partes donde hay pelo largo, la seborrea produce la depilación paroxística, con intervalos, nó continuamente, hasta que al fin se produce la caída total y la calvicie. Otra demostración de que se

produce la seborrea consistente, es la secreción balanítica; secreción grasosa epitelial concreta. Esto no es pues una descamación como cree Saboureaud, sinó un exceso de producción. Existe la seborrea en ciertos sitios, de preferencia el eje del cuerpo, salvo en los niños en los que se produce en varias partes. Hay una forma del cuero cabelludo sobre su parte central, que pasa á la frente, nariz, mentón, columna vertebral, espacio interescapular, región anal y ombligo. La seborrea es la base, el asiento de otras enfermedades: del comedon, sobre todo, que algunos llaman *acné*. La seborrea tiene dos periodos: el primero en la vida intrauterina, que disminuye al pasar á la extrauterina; el segundo en la adolescencia, que desaparece con la edad. En los viejos hay también una seborrea concreta que produce las verrugas sebáceas seniles.

Diagnóstico.—No significa lo mismo caspa que seborrea: la primera es la pitiriasis. Pero por lo general esta sigue á la seborrea ó pueden ir juntas. La pitiriasis es mucho más fácil de curar porque no es más que un agregado de la seborrea producido por los gérmenes. En cambio la seborrea es de muy difícil curación.

Hay en el enfermo un unto aceitoso en la cara que incomoda y que oscurece ciertas regiones, dándoles un aspecto desagradable. No hay en el seborreico una fisonomía con caracteres acentuados, sinó que presenta una cara redonda y gruesa. Cuando la seborrea se localiza en la nariz puede observarse una deformación, pero, esta deformación no es debida á ella sinó que solo la acompaña, siendo la seborrea una consecuencia. Sépase pues, que hay seborrea cruenta y que no se trata de pitiriasis.

Tratamiento.— Hay que aceptar ciertas etiologías para tratar la seborrea, pues si se cree que es producida por el microbacio de Sabouraud, habrá que usar substancias que maten ese germen. El, para nosotros, vive dentro de la substancia grasa, pero no es capaz de provocar la seborrea, según lo hemos visto.

Asi pues la seborrea no es más que una alteración

funcional glandular, y así como se traspira más sin inculpar ningún germen, también puede haber un exceso de substancia sebacea por la misma causa. Ahora bien, si permitimos que se pierda un elemento que no se restituye, sufrirá el organismo. Por otra parte veremos que las funciones digestivas no marchan bien: hallaremos dilatación de estómago, y se verá que el enfermo come mucha pan y por consiguiente tiene mucha sed y tomando agua dilatará más su estómago.

Algunos abusan en alimentación grasa y la consecuencia lógica es que, no suministrándosele más esos elementos, la seborrea disminuirá. El funcionamiento genital es necesario porque disminuye la seborrea. Hay que sacar, por otra parte, localmente ese cerumen. El azufre es un elemento necesario por su efecto local. Algunas sustancias queratoplásticas la resorcina, el ac. salicílico mejor aún si se hallan en soluciones alcoholicas; las sust. que disuelven la grasa: éter, petróleo, bencina, son peligrosas por lo inflamables. Puede usarse el jabón que es muy conveniente. Luego el *jabón de azufre* será doblemente útil (no hay que confundirlo con el jabón sulfuroso). Sustráigase con este jabón la sust. grasa, luego puede agregarse el azufre en polvo. Es necesario hacer el tratamiento de la seborrea, porque sinó la calvicie paroxística se produce. La seborrea provocada por las perturbaciones digestivas se nota más en las ciudades que en los campos, porque en la primera el trabajo es menos activo, la alimentación más suculenta, la vida sedentaria, y el trabajo mental mayor. Esto demuestra una vez más, que no se trata de un bacilo, que si así fuera haría tantos ó más progresos en la campaña que en la ciudad. Hay además que agregar un tratamiento tónico general.

Acné

El terreno de la seborrea es apto para la genesis de muchas enfermedades, en especial del acné. La substan-

cia sebácea, en efecto, se enquistas, cierra el tubo glandular y forma así el acné llamado también *acné comedón* que contiene grasas y gérmenes, entre ellos el bacillo de Sabouraud. Cuando aparece el acné comedón, la secreción sebácea disminuye mucho en cantidad, debido á que el tapón que se produce hace disminuir la salida de la materia sebácea. Estos comedones obstruyen a veces el orificio solo en parte y se desprenden con facilidad bajo el impulso del contenido, bastando otras veces el pasaje de la uña, y siguiendo á su salida la de bastante materia sebacea. Con la abertura glandular se permite la entrada de gérmenes y se produce el verdadero acné.

Hay acné *polimorfo* y *monomorfo*. En el primero vemos aparecer distintas formas en un mismo individuo. En el segundo la erupción es siempre igual. El primero ha sido llamado también *acné vulgar*. El *acné papuloso* se puede considerar el verdadero acné.

Hallándose la glándula obturada por el comedón es á los lados que entran los gérmenes. Todo esto impide la salida del pelo el que, creciendo invertido, también irrita. Esta acción unida á la de los gérmenes trae un estado inflamatorio, y esto á su vez una hiperplasia del tejido que rodea la salida de la glándula. Entre tanto los estafilococos producen supuración dentro y alrededor del canal, originando una pústula. Pero esta supuración no sale al exterior si no se rompe la capa córnea de modo que origina así una *pústula folicular* porque interesa el pelo, y *orificial* por su asiento. Si se rompe la capa córnea sale al exterior el pus, que habiendo en su evolución atacado el dermis, será seguido de cicatriz después de la reparación. Pero el folículo piloso con sus anexos pueden ser atacados posteriormente formando un *acné pustuloso en forma de botón de camisa*. A veces la pápula es solo inflamatoria, elevada, dura, forma lo que se llama el *acné indurado*. No es que sea su constitución sólida, pero es que el absceso es profundo. Todas estas formas descritas pertenecen al *acné vulgar* y existen solo en terreno seborreico: por eso no se ven en

niños de 4 á 8 años, y cuando aparecen en estos es solo *impétigo acneiforme*.

Todos los acnés que hemos descrito son de evolución lenta. Se produce en ellos primero la pápula, luego la pústula y á su alrededor la inflamación. Solo que á veces hay circunstancias que los hace reagudecer, como ser los medicamentos irritantes para la glándula sebácea. Esto pasa con el I K. El *acné crónico* es como el anterior ó polimorfo y solo se produce en terreno seborreico. El *acné crónico* que se observa en laboratorios donde hay cloro en libertad, es un acné muy rebelde. Puede originarse acné por elementos que obstruyan el canal excretor. Tal pasa con el alquitrán y ciertas clases de pez. Se vé entonces el orificio de la glándula negro, como si fuera un comedón.

Los sitios de preferencia de la seborrea, lo son del *acné*, salvo en el cuero cabelludo. El acné vulgar ó polimorfo marcha de diferente manera. Las alteraciones digestivas lo causan y lo provocan, sobre todo en las personas con seborrea, y es común verlo aparecer, después de un banquete ó de una comida excesiva. Este acné tiene una marcha descendente, empieza por la frente y sigue por la nariz y el mentón. Pero hay una forma ascendente, como se vé en las mujeres con trastornos del aparato genital, que empieza por el mentón, y sigue por la nariz y la frente.

Coincide con la menstruación, ovaritis, anexitis etc. En el hombre la falta de coito, puede provocar su salida.

No se debe pues, lo repetimos, buscar la causa en el fantástico bacilo de Sabouraud.

Deja el acné cicatriz como hemos visto, aunque á veces puede ser superficial. Hallamos este acné también en la parte anterior del tórax y en la región interescapular, (*mediotorácico*) Con el tratamiento disminuye. Es desagradable por su aspecto, en especial en la cara después de la cicatrización, pues afea el rostro como á un enfermo que ha tenido viruela confluyente. Es pues de pronóstico grave.

Su diagnóstico es fácil. Una saliencia roja, sin mu-

cho dolor, con inflamación y que no hay que confundir con otra afección, en especial con la sífilis. El acné que acompaña generalmente á las enfermedades venereas, es debido al acné por abstención, consecutivo á la enfermedad. Un ignorante podrá decir, sabiendo que está enfermo, que es sífilis.

Tratamiento. — Combatir la causa. Contra las malas digestiones, laxantes ó masaje intestinal para combatir la atonía.

Régimen alimenticio suprimiendo sustancias harinosas, feculentas y grasas. Brocq ha hecho resuscitar el tratamiento de los fermentos, debido á que un enfermo le contó que con *teradura de cerveza* se había curado. Pero esto es solo debido á que ella favorece un poco la regularización del vientre. Por otra parte es un remedio de un efecto poco seguro, pues á muchos no les dá resultado. Se ha hasta abusado de él para cualquier enfermedad, pero sin motivo. Hay, en cambio, que hacer *antisépsia intestinal*: *Bela naftol*, *Benzo naftol*, *Calomel*. Localmente: abrir la pústula para dar salida al pus. Combatir con el azufre la *seborrea*. Este azufre, no se empleara nunca en pomadas, que son grasas, cosa que muchos autores no tienen en cuenta. Puede formularse:

Glicerina	50 grs.
-----------	---------

Azufre precipitado 4 grs.

Lavado de la cara con jabón de azufre de mañana. De noche se coloca el medicamento bien agitado. En vez de glicerina se puede también usar alcohol alcanforado. Lavajes con soluciones alcalinas, como ser: biborato ó bicarbonato de soda. El lisol al 1 %., el alcohol, ó éter, ó los dos mezclados son usados también para la piel. Para extraer los comedones, hay sacacomedones, la llave de reloj antigua ó aparatos especiales con este objeto.

Hay otra forma llamada *comedón gigante*, de un tamaño extraordinario, formado en su mayor parte de capas epiteliales y con poca grasa. Suele verse en la región es-

Urnal, interescapular, y en la cara; Cuando está obturado el orificio, se forman *quistes hidrúicos*, produciéndose en ellos inflamaciones repetidas hasta que por fin hacen saliencia al exterior la sustancia sebacea y el pus.

Pueden estos permanecer durante años. Pueden formarse también quistes mucoides por transformación de las capas papilóricas de la glándula en mucus, mezclado con sustancia sebacea.

Todas estas formas pertenecen al acné polimorfo y son todas ellas debidas a un germen, el estafilococo gris, asociado á otro germen el microbacio de Sabouraud que se encuentra casi siempre en las grasas.

Cuando persiste una pústula de acné indurado, si se abre y se dá salida al contenido, se ve que el estafilococo ha desaparecido y persiste en cambio el microbacio de Sabouraud.

Este carácter hay que tenerlo en cuenta para diferenciarlo del que va á continuación:

Acné monomorfo. — Se diferencia del anterior porque no tiene más que una sola forma en su evolución, y porque durante esta no se ven aparecer papulas luego pústulas, etc., sino que solo hay ligeras variantes.

Son debidos estos acné á un solo germen; el estafilococo aureo. Siempre se encontrará solo, lo que lo diferencia del anterior, existe, es cierto, el de Sabouraud, pero este se extingue poco á poco por el predominio del estafilococo aureo. Debemos en él distinguir tres formas: 1^a *Acné furunculoso*; 2^a *Queloides*, y 3^a *Necrótica*. Las tres son similares casi, por su evolución, pero se diferencian porque el *necrótico* lo es así desde un principio.

El primero se vé en los adultos en la parte posterior del cuello donde comienza por medio de pústulas foliculares, seguidas de una infección profunda. (Las tres formas son purulénticas, aparecen y desaparecen. Son crónicas en su evolución, y pueden durar hasta 10, 15 y más años.

Es general que el acné monomorfo esté acompañado del polimorfo). En el *forunculoso*, la pústula folicular se indura en la base y produce una escara en su centro, lo que los franceses llaman *dourillon*. Este acné se produce de una manera irregular, no forma una línea perfecta por la distribución de sus eflorescencias y se presenta donde el botón de la camisa roza con el cuello. El se presenta especialmente en las personas de cuello grueso, con tejido adiposo excesivo, de preferencia en la nuca como también en los individuos que tienen seborrea, alteraciones digestivas, acidez urinaria, ó glucosuria.

El acné forunculoso dura un mes ó mes y medio en su exacerbación. Parece pasar, pero luego un nuevo ataque le sucede semejante al primero. Va acompañado, como dijimos, de una pústula que si es profunda produce la necrosis, lo cual lo hace muy doloroso. Se produce por los folículos pilosos, particularmente si la aspereza del cuello causa su inflamación favoreciendo así la inoculación.

Por eso se aconseja á los enfermos de usar cuellos muy lisos. En Alemania hay una sustancia llamada Glatolina (actualmente también en B. Aires) que fregándola en los bordes del cuello produce la suavidad en sus aristas. Con una vela esteárica se consigue también, pero no tan perfecta.

Como hay en este acné una destrucción del tejido celular: el folículo sufre y se destruye con la escara.

Esto es lo común y por esta razón como es una invasión profunda y hay una gran cantidad de pus que sale del folículo, deja al eliminarse cicatrices estrelladas. No es tan doloroso en esta región el forunculo así formado pero con todo, hay que cuidarlo porque este acné forunculoso puede producir el antrax, sobre todo el *antrax leñoso*, que se llama así por ser sumamente duro y muy maligno.

No es raro ver en el cuello de estas mismas personas, en su parte anterior, quistes que son debidos al acné polimorfo.

2º *Acné queloidal* —Há recibido este nombre porque

se produce en un tejido semejante al queloide. Se forman primero pústulas dispuestas en forma linear: lentamente la piel se pone indurada y su superficie blanco rosada hace saliencia como una cicatriz exuberante y provista con algunos mechones de pelo y en otras partes sin él como una cicatriz verdadera. Estos mechones de pelo que salen de un agujero solo en medio de una gran cicatriz son característicos del acné queloidal. Durante su evolución hay retracción del tejido y de esta manera varias aberturas foliculares que antes se hallaban distanciadas se ponen en una misma dirección y constituyen así los mechones de pelo.

La cicatriz está levantada cerca de un centímetro por sobre la piel, aunque esta no es una cicatriz verdadera porque aquí hay inflamación, persistente y pus en el fondo con el estafilococo dorado. Cuando cura se aplana y da cicatriz lisa.

Se presenta siempre en personas gruesas y con glicosuria, dispepsia, seborrea, etc., é invade hacia arriba, es decir de la nuca al cuero cabelludo; esto es fatal aunque tarde muchos años. Solo se vé en la región antedicha y con tendencia á subir, incluyendo por lo general al pelo largo é invadiendo la mitad superior de la glándula y del folículo. Con un buen tratamiento, queda la superficie lisa y con aspecto de cicatriz aunque nó deformada, sinó plana completamente.

Acné necrotico ó varioliforme Es una de las formas del monomorfo. Es también un acné que se produce en terreno seborreico y por tanto, frecuente en la cara, en el limite del cuero cabelludo y en los calvos también en este, en la región esternal é interescapular. En la nariz y en limite del cuero cabelludo es característico en cuanto á la manera de formarse, pues aparece primero una vesicopústula de 0.003 milímetros, bien redonda y con poco liquido; esta producción dura pocos días y después se produce un desecamiento y formación de costra que persiste varias semanas ó más tiempo. Como se ve su pe-

riodo de estado es largo. Más tarde esa costra se desprende espontáneamente y deja una depresión rojiza, con falta de piel, es decir una cicatriz. Esto ha hecho llamarle acné varioliforme, puesto que deja una marca parecida á la viruela.

Esa vésico pústula tiene en su centro una umbilicación como la de viruela, siendo por tanto, una y otra enfermedad muy semejantes por sus eflorescencias. Este acné se presenta en personas que con anterioridad, (pues aparece en la edad adulta y madura) han tenido seborrea y acné polimorfo, pero cuando se establece el necrótico prevalece y dura años. Aparece á los 40 ó 50 años y puede durar hasta la vejez. Al rededor de la vesicopústula hay una zona inflamatoria, pero menor que la que se observa en el acné polimorfo y además es seca porque hay poco pus, ó sea lo opuesto al anterior. Se vé que al principio existe el estafilococo aureo y el microbacilo de Sabouraud, pero este microbacilo desaparece pronto ante la multiplicación del estafilococo aureo. Al rededor del folículo se forman colonias y luego supuración; de este modo el estafilococo se insinúa en el tejido y se produce una verdadera infiltración del dermis, que produce su necrosis, nunca la sola infiltración de leucocitos que producen pus como en el acné polimorfo.

A veces sucede que en el centro se sigue acumulando en forma anular la infiltración. Este acné produce siempre cicatriz, á causa de la necrosis, no muy profunda. Aquí siempre se vé un elemento separado de otro por piel sana, aunque con seborrea, que llega hasta el límite del pelo. Localización predilecta es la nariz. Es un acné de eflorescencias chatas no terminadas en punta: como el polimorfo. Hay otra variedad que ha descrito Kaposi que abarca la nariz y que se denomina *acné necroticante de Kaposi*. El acné necrótico es también importante y difícil á veces de diagnósticar, pues se confunde con la sífilis en su periodo terciario, es decir con las gomas cuando son pequeños y que se revelan en la nariz, lo mismo que en

el cuero cabelludo de los calvos, donde se pueden ver indistintamente acné ó gomas. Hay pues que tener presentes los caracteres de ambos.

El tratamiento mercurial puede aún producir mejoras en el acné necrótico, lo cual contribuye á confundir más aún. Debemos pues saber que una es una afección inflamatoria y la otra ó sífilis es neoplásica, con *induración* en su parte periférica, cosa que no pasa en el acné necrótico.

Tratamiento de los acnés en general—Sabemos que el acné nace sobre la seborrea, luego hay que mejorar este terreno, y como no ignoramos que ella se debe á alteraciones digestivas, deberá comenzarse por hacerse mover con regularidad el vientre, evitando que se produzcan frecuentes fermentaciones y acumulación de gases que dilatan al intestino. Se evitará así la seborrea y el acné, si á ello se agrega la supresión en la alimentación de grasas y pan, y de la sed insaciable consecutiva. Esta sed es provocada por la dilatación y por los alimentos ingeridos, y en especial el pan. La supresión pues de la comida abundante reducirá el abuso de líquidos. Se pueden dar también medicamentos antisépticos gastro intestinales y en las mujeres hay que averiguar bien si el acné no es debido al aparato genital. Todo esto comprende el tratamiento general. El *local*: hay que dar salida al pus si hay pústulas como en el polimorfo, mediante una incisión más ó menos profunda, y hacer además desaparecer la seborrea con el azufre aplicado de distintos modos, es decir haciendo lavados frecuentes con jabón de azufre y *no sulfuroso*. Agregar aún azufre en polvo en cantidad para que permanezca toda la noche (aunque es un inconveniente en la cara porque si entran los cristales en la conjuntiva pueden originar conjuntivitis) como tópico 10 % de azufre en glicerina.

Se usa también el alcohol alcanforado con azufre en suspensión. Lavarse frecuentemente ya con lisol, en solución débil pues es irritante, ó ya con eter; ó solución de CO_2 . Na. Los *acné monomorfos* son tratados de otro modo, aunque hay siempre que modificar la seborrea, así en el

acné forunculoso ó queloidal, que se observa en los glicosuricos, hay que combatir su enfermedad y evitar además que el roce del cuello se produzca, ya con estearina ó ya con glatolin. Al acné forunculoso hay que sacarle su dourrillon con emplastro mercurial que es antiséptico y macerante á la vez.

En el acné queloideano y forunculoso, hay que ayudarse con la epilación; hacer en el primero punciones profundas, con el galvano-cauterio además del tratamiento con azufre. El acné necrótico tiene por tratamiento el de la seborrea y además se le trata con antisépticos fuertes como el ácido fénico, que combaten los gérmenes.

Ac és med camentosos. — Hay sustancias medicamentosas que se eliminan rápidamente y que en los que tienen seborrea al exteriorizarse por las glándulas sebáceas las irritan y provocan un acné: tales son el I K y los yódicos en general. El acné yódico es una forma del polimorfo. Sus eflorescencias son separadas por piel sana, aisladas, en forma discreta y aparecen en uno ó dos días. Esta forma lo diferencia por su discreción de los otros acnés. Es necesario conocerla en detalle, es blanda, con un rubor alrededor que no hay que confundir con la de la sífilis, que exige al I K al interior para su tratamiento y que por tanto pueden hallarse juntas. Para impedir que se produzca, hay que disminuir la seborrea con su tratamiento especial. El acné *brómico* no tiene igual forma, cada elemento es aquí una ampolla grande con contenido purulento que luego se rompe y que aparece de preferencia en las extremidades cefálica, superiores ó inferiores. Se produce por el abuso de Br K. Se le llama acné, por parecerse el Bromuro al yoduro, pero en realidad no corresponde esta afección al folículo piloso ó á la glándula sebacea siendo mucho mayor y ampuliforme.

Acné rosado. — Es una afección precedida y acompañada de seborrea, aunque Sabouraud lo niega.

Si una piel recibe un mayor aflujo de sangre, es cla-

ro que la glándula sebacea funcionará en exceso y producirá seborrea, que no será abundante, pero que existirá forzosamente más. El acné rosado es notable por su color: de tinte variable según su intensidad y su causa. Se presenta en la edad adulta desde los 30 á 40 años: es raro en la adolescencia, más común aún en el período de la menopausa en las mujeres.

Comienza de una manera insignificante: nota el enfermo que después de cada comida, la cara siente cierto calor especialmente en la nariz y en las mejillas: estas congestiones se repiten varias veces, hasta que se establece una dilatación de los capilares que se hace permanente: se forman así pequeñas telangiectasias. Estas son provocadas por algunas alteraciones digestivas y en especial por la constipación y la dificultad de la circulación general, como pasa con el meteorismo, la dilatación del estómago, el embarazo: pero sobre todo las dispepsias prolongadas. El vulgo que vé estos enfermos los cree bebedores por la nariz colorada: hay algo en esta creencia de positivo y fantástico á la vez. No es que el alcohol circule y se localice en la nariz, pero si produce en cambio dispepsia y anorexia, los enfermos se alimentan poco y mal: viene la dispepsia y esto trae la nariz con acné rosado. Este acné se divide por su evolución en varias clases: el antes descrito se aparece en la nariz y mejillas. Observase también la cara un poco vultuosa, las líneas salientes, y la nariz aumentada de volumen. Pero este proceso tiene distintas fases. Una, con los signos antedichos: otra en que fuera de ese color rubicundo hay verdaderas pústulas y nudosidades alrededor que deforman la nariz y las partes vecinas.

Se produce de una manera paroxística y por *poussées* en especial al aparecer la menstruación en la mujer, ó cuando ha habido un exceso de comida, banquete, etc.

Este proceso progresa así poco á poco, avanzando sobre la frente y sobre la cara, y llegando al cuero cabelludo si hay calvicie. El acné rosado en esta faz ó *nodulosa* per-

siste años hasta convertirse en *acné hipertrófico ó rinofima* que es la tercera forma y que se divide en dos tipos uno en que la nariz aumenta conservando su forma, sin desniveles ni nudosidades, haciendo ver en su superficie una gran cantidad de aberturas, con una especie de vermes de sustancia sebácea, que al comprimir salen al exterior. El otro tipo de este acné es con aumento de volumen, con transformación de la nariz en forma de tubérculo, de batata. Esta clase de acné tarda, en los dos casos, mucho en desarrollarse y por tanto se vé en la edad avanzada, en ambos sexos, pero en especial en el hombre por exponer su cara mucho más á las diferentes temperaturas.

Se ve por eso más en los cocheros, marineros, albañiles, cocineros, etc...

El acné rosado no es difícil de diagnosticar pero se puede confundir con la sífilis que produce gomas, que pueden situarse en los sitios predilectos del acné. No hay que olvidarse pues, nunca, de la induración y limitación de la sífilis. Puede confundirse con el lupus vulgar, pero este es de la infancia en su iniciación, aunque es cierto que puede llevarse toda la vida. Puede confundirse con la soriasis que por lavado ha perdido sus escamas nacaradas. *Pronóstico:* es favorable en cualquier caso que sea, pues hay medios que pueden curarlo, aunque se necesita mucho tiempo.

Tratamiento.—Hay que buscar que en la mujer el aparato genital funcione bien y se restablezca la normalidad del sistema digestivo. Tratamiento local: combatir la seborrea. Usar el ictiol (que es un sulfoictiolato de amonio) en glicerina. No se hará usar un cuello, ni un corsé apretados.

A pesar de todo esto, nos encontramos en el rinofima con los vasos dilatados y entonces se hará escarificación ó ignipuntura. En el primer caso se consigue cicatrizar el vaso. Cuando se trata de acné con induraciones, se usará la incisión, y el emplasto mercurial. Pero lo que sorprende es que sea curable el *rinofima*. No hay para ello

más que cortar grandes rebanadas de legumentos, que solo dejarán una pequeña cicatriz, y hacerlo del mismo modo que se pelaría una naranja.

Pitiriasis

Enfermedad que tiene como síntoma principal la descamación bien notable y visible. La pitiriasis presenta varias formas y se han hecho con ella grandes confusiones. La hay versicolor, melánica, rosada de Gibert, vulgar, sobre seborrea, etc. Si se examinan cabezas de niños en su mayor parte de 8 ó 10 años hay una cantidad de desprendimiento epitelial, blanquecino, nacarado de escamas pequeñas y secas. Es lo que llaman vulgarmente la *caspa*. Siempre se conserva en una forma y se ven sobre la ropa películas blanquecinas. Es una pitiriasis seca.

Cuando comienza la adolescencia, se ven muchas personas con *caspa*. En estos casos hay en dos formas distintas: algunas secas como en los niños y otras más frecuentes amarillentas grasosas y adherentes porque interviene la seborrea, que á veces forma capas superpuestas unas á otras formando especies de costras: una y otra son pertenecientes á la pitiriasis vulgar. La creencia general es que esta caspa sea el producto de la descamación del epitelio de las glándulas sebáceas. No se crea sin embargo que la calvicie se produzca por la caspa, sino que ella se debe á la seborrea que difícilmente ó muy á la larga se cura. Si se examina con detención se vé todo el cuero cabelludo recubierto de escamas pequeñas, y si se procede á un tratamiento no definitivo, sinó eliminando la caspa para ver como se inicia de nuevo, se verá que aparecen manchas pequeñísimas que se extienden en su periferia, originando la escama primero en su centro, luego ellas se refunden, y forman islotes hasta avanzar sobre todo el cuero cabelludo. Esto que se

vé generalmente en los adultos acompañado de seborrea, se halla sobre un fondo rojizo, más visible en los límites del cuero cabelludo, línea rojiza, neta, clara, que separa la piel de la cara del cuero cabelludo. Esto con el tiempo se acentúa cada vez más, se hace vesiculoso, y en un grado sub-agudo se vuelve un verdadero eczema.

Unna, le ha llamado *eczema seborreico*, y en efecto puede considerarse la pitiriasis originada sobre la seborrea; es una creación de Unna que tiene ventajas. Esta pitiriasis no solo se observa en el cuero cabelludo, ó en las partes de pelo largo como en las cejas, bigote, barba, pero existe también en las partes lampiñas, sobre todo el cuerpo donde se vé en una forma distinta, variable según circunstancias, sitio y producción. Las pitiriasis tienen tendencia á situarse en sitios donde suele haber seborrea (eje del cuerpo) cosa que se vé aún en el cuero cabelludo donde abunda más en el centro que en la periferia. Aparecen allí pequeñas manchas apenas elevadas que van extendiéndose en su parte periférica, con un tinte color café con leche, á veces amarillento grisáceo. En la nariz y mejillas, tiene un tinte especial, pues parece que estuvieran lutrosas estas partes, lo cual es debido á la seborrea. En la región preesternal se ven tambien estas manchas acompañadas de prurito cuando hay exceso de transpiración. Hay también en la región interescapular: es el eczema seborreico ó pitiriasis mediotorácica. Se puede con la uña ó con un lavado enérgico desprenderlas fácilmente. *Etiología.* Si se toma la de los niños que es seca, se vé como en la de los adultos, haciéndola cultivar en gelatina, que se obtiene un cultivo de estafilococo gris de olor butírico notable. Es pues su agente el mismo del acné polimorfo, solo que en este es su invasión profunda y en aquella superficial. Pero no es este el único gérmen, pues hay muchos otros, uno en especial descrito hace mucho por Malassez, (coco de Malassez), y un bacilo en botella de Unna. ¿Cuál es el causante? No se sabe con seguridad pero todos ellos deben tener un rol en su

producción. El hongo de Vinn y el coco de Mulassez, que datan desde la infancia de la bacteriología, se cree que sea el uno producto del otro. Pero ellos no son bacterios, son hongos difíciles de cultivar, que parecen originarse mutuamente. En cuanto á la pitiriasis se debe siempre tratar. Los franceses lo llaman *eczema franclero*. La franela en efecto no absorbe la grasitud y hace acumular este producto sobre la piel, y entonces facilita el cultivo de esos gérmenes. Es por esto que se observa mas cuando comienza el frio.

Esta afección tiene formas variables, á veces se extiende mucho y puede tomar el tipo del *eczema*. La sustancia sebácea, en efecto, como los gérmenes irritan y dan lugar á *eczemas* á veces vesiculosos. Cuando prevalece la descamación sobre la seborrea es mejor usar la palabra pitiriasis. En el vulgo, los distintos tratamientos tienen por fin combatir la caspa, creyendose que con esto se evita la caída del pelo. En París los peluqueros reciben un tanto por ciento de lo que venden y no hay cliente al que no le encuentren la *pellicule* ó caspa. Semmer dice que un dia que se hizo lavar la cabeza, un peluquero le dijo que tenía caspa y que su única salvación era el específico que él vendia. Pero la causa que debe combatirse es la seborrea que estando próxima al pelo lo irrita y produce así un conjunto de síntomas que terminan por hacerle caer.

Tratamiento. Si se trata de pitiriasis sobre seborrea es claro que hay que combatir la seborrea en primer lugar, pero además también la pitiriasis debe combatirse: su específico es el alquitran que es irremplazable. El aceite de cade, el antrasol, el alquitran vegetal y sus derivados, y el ácido fénico, son sucedáneos. Hay que extraer además los gérmenes mecánicamente lo cual se obtiene con jabones y soluciones etéreas, alcohólicas, etc.

En la pitiriasis mediotorácica, se valdrá de alquitran con glicerina, ácido salicílico, etc.

En los niños, el primero debe usarse muy poco porque lo absorben rápidamente.

Verrugas sebáceas seniles

Además de las afecciones hasta ahora descritas tenemos la *verruga sebácea senil* observadas en la cara, frente, nariz y mejillas de los ancianos: son elevaciones á la par de lentejas, algo alargadas, amarillentas grisáceas sucias, de límites marcados, separados entre si por piel grasosa seborreica. Esto mismo se observa en la espalda, región torácica y vientre; mirando con detalle y tratando de desprender esta verruga se nota que lo hace con facilidad en totalidad ó en fracciones, dejando por debajo una superficie rugosa en forma de papilas. Luego si se deja un momento se vé la sustancia sebácea concreta, reproducirse encima de ella, distinta de la seborrea común que es fluida, mientras ésta es concreta como la del niño. Estas verrugas sebáceas solo se presentan en la senectud, no siempre en el estado senil de todo el organismo, pues la piel puede preceder, á veces, en su vejez á todo el cuerpo; hay jóvenes con piel que parece de viejos, á juzgar por el adelgazamiento y su falta de color. Pero es en esas personas que han sufrido de seborrea que en la vejez se forman con preferencia las verrugas seniles. Tienen estas verrugas un aspecto chato especial entrando en su formación un tejido neoplásico, son desagradables por su estética sobre todo cuando se anticipan á la vejez. Es un medio especial de producción de la epiteliomatosis. En efecto, la seborrea trae en la vejez una falta de resistencia para las infecciones ó tumores de la piel tanto más si se considera que los tumores son considerados por algunos como infecciones debidas á gérmenes. El epitelioma es por lo general un solo tumor que se extiende, generaliza y recidiva. Pero la *epiteliomatosis* es distinta, son muchos epiteliomas

producidos á un tiempo en la cara de un seborreico viejo con verrugas y ellos no son tan fáciles de generalizarse y profundizarse como cuando el epiteloma es solo. Se les ven en la nariz, frente ó mejillas, á veces con corpúsculos ó perlas córneas propias del epiteloma y que se pueden sacar. Si se abandona, cada uno de estos puntos será un futuro epiteloma que se profundizará infiltrándose aunque afortunadamente necesita mucho tiempo. Si ella apareciera en la juventud tendría todo el tiempo necesario para el desarrollo. En las verrugas seniles el tratamiento es combinado, pues son debidas tambien á la seborrea.

Combatamos pues las causas de la seborrea que ya conocemos. Quitar además las verrugas con una cureta y suprimir la seborrea y el estado veloso que hay por debajo con cauterizaciones. En la epiteliomatosis la aplicación de los rayos X, hace que desaparezca la tendencia á la recidiva, aunque no se impide á esta en los puntos lejanos. Antes de este tratamiento se usaba, con todo, el raspado y el cauterio con algún éxito.

Milium es una pequenísima papulita, dura que existe en los niños y adultos, sobre todo en la piel de la cara, escroto ó pene. Es de un aspecto blanquecino, calcárea, recubierta por las capas epiteliales que la dejan traslucir. Es un elemento duro, que si se aprieta en sus partes laterales no expulsa el contenido como el comedon; si se incinde con un bisturi ó una aguja cortando la capa superficial de la piel se hallará un cuerpo duro, deforme, no redondo completamente, con prolongaciones que se insertan en el fondo. Si ese pequeño corpúsculo se deshace entre los dedos se ve una mezcla de epitelio córneo y de sustancia sebácea. Existe según algunos un milium de causas especiales y otro sin causa aparente. Lo hay congénito y en forma de placas aunque es muy poco común. Hay procesos en que el milium acompaña otras enfermedades sobre todo en lo que antes se consideraba como pénfigo. Esta es una forma especial llamada *epidermolisis hereditaria traumática*, que se ve en las manos y pies, donde por el

solo frote se produce una ampolla; es hereditaria se desarrolla en toda época de la vida; el milium le es consecutivo. Hay tambien milium que acompaña al acné vulgar y al polimorfo. Se cree que se produzca por obturación de un acino de glándula sebácea, la cual no pudiendo dar salida al contenido, sufre la cornificación. Otros creen que una es parte del folículo piloso que se elimina concreta y cornifica. Sin embargo nada seguro hay al respecto, pues lo cierto es que es superficial y que ya no guarda contacto con ninguno de ambos anexos. Se cree tambien que sea debido á un hundimiento producido por el tironeamiento del folículo. Aunque son elementos muy pequeños son molestos y se pueden hacer desaparecer, tratando de lesionar lo menos posible la piel lo cual con una aguja, se obtendrá fácilmente. Otros aconsejan una cauterización con ácido fénico por medio de un escarvadiente. Otros usan jabón negro que hincha la piel y otros por fin mediante el raspado; pero la aguja es la mejor de todos.

Moluscum contagiosum.—Se le ha llamado tambien acné varioliforme, que no debe confundirse con el necrótico llamado, como sabemos, así. Es del tamaño de una cabeza de alfiler que crece hasta llegar al de una haba, con una umbilicación oscura ó amarillenta. Es como el milio y se sitúa donde hay piel fina. Si se toma entre los dedos y se comprime, sale al exterior una sustancia nacarada y grasosa, con células epiteliales; no se han encontrado gérmenes, aunque se sospecha su presencia pues es contagioso y uno solo produce muchos otros, lo mismo pasa con la inoculación como lo ha probado Nobel. Se parece á las verrugas, pero la lisura lateral y su centro comprimido, le hacen diagnosticar fácilmente. Esta afección es fácil de curarse y hay que buscar métodos sencillos. Los libros hablan de raspado y de sustancias irritantes; pero lo más sencillo es comprimirlo entre los dedos y hacer surgir el contenido que si es mucho, se puede abrir más su ombligo y facilitar su salida. No deja cicatriz y apenas surge una gota de sangre á la compresión.

Psoriasis ó Soriasis

Esta palabra que viene de la griega *psara* y que los tratados castellanos denominan psoriasis debe escribirse según Sommer: soriasis. Es una afección que se caracteriza por la producción de pápulas que tienen en su superficie escamas que se producen al mismo tiempo que la pápula y que son poco adherentes, blanquecinas y nacaradas. Al principio estas eflorescencias son pequeñas, después crecen hasta adquirir el tamaño de gotas de cera, llamándose entonces *soriasis guttata*. Cuando su crecimiento es mayor y alcanza al de una moneda se le dice *soriasis nummular* y más tarde á medida que se agranda puede desaparecer su centro y ensanchar su periferia formando la *soriasis annular* ó sea en forma de anillos. Estos anillos uniéndose dan lugar a la forma *serpiginosa*. Pero como en un enfermo pueden hallarse todas las formas es la que predomina que dá su nombre á la soriasis.

A veces se notan formas particulares como pasa en las partes laterales del tronco en las que tiene tendencia á la forma alargada ó estriada, caso en el que se denomina soriasis *estriada*, como también existe la *geográfica* que se llama así por su parecido con las mapas geográficas, teniendo su asiento en el tronco, y á veces en todo el cuerpo por lo que se llama, también, en este último caso *generalizada*.

Estas divisiones de la soriasis se hacen por su forma y tamaño, pero hay otra división basada en la clase de escama, que es sumamente nacarada, blanquecina, pero que en algunas formas, por la evolución misma de la enfermedad, puede tomar un tinte más oscuro. Esta es la *soriasis negra*.

Otras veces las escamas adhieren entre si formando verdaderas verrugas, es la *psoriasis verrugosa* ú *ostrácea*, por su parecido á la habitación de la ostra. No son realmente costras, sino que el líquido de las pápulas está en

pequeña cantidad y facilita esta adherencia. Cuando las escamas quedan largo tiempo en un punto, especialmente en sitios donde hay roces frecuentes, se transforman en soriasis negra.

Localización—La localización de la soriasis es típica: en la mayor parte de los casos tiene preferencia por los sitios donde hay roces como ser el *codo* y la *rodilla* que son sitios predilectos. Existe también en el cuero cabelludo á causa indudablemente de la atracción que ejerce la materia sebacea que es allí abundantísima. Puede extenderse á todo el cuerpo, pero respetando siempre la palma de la mano y la planta del pié. Sommer dice que aunque hay excepciones, debe sostenerse, en tesis general que esas partes son respetadas y que cuando se hable de soriasis plantar ó palmar es que se trata de sífilides papulosas de esas partes. Si se estudia el elemento patológico se vé que la escama crece con cierta rapidez y si se pasa sobre ella la uña se produce una línea blanquecina como si se pasara sobre estearina. Surcándola aún con mayor energía se desprende sin dolor toda la escama y aparecen unas gotitas de sangre sin que el enfermo sienta dolor lo que demuestra que se lesionan los vasos capilares que existen en esos sitios y nó las terminaciones nerviosas que normalmente se encuentran allí. Esta hemorragia es típica y se denomina **hemorragia puntiforme**.

Todas las partes atacadas son rojizas, pero cuando la enfermedad evoluciona se hacen más claras porque se produce la curación espontánea de las placas de soriasis y en ese momento no se determinan más las hemorragias puntiformes por el rascado de la uña, pues la piel recobra sus elementos normales y los capilares se vuelven más profundos. Se puede reconocer si la soriasis está en período de avance ó de estado. Así: al iniciarse se pueden siempre producir las hemorragias puntiformes: si se vé un ligero círculo rojizo que sobresale de la escama está en período de avance, lo cual como se comprende es importante saberlo para el tratamiento. Se discute aún hoy

sobre si primeramente aparece la escama ó si es la papula que primero aparece. Sommer sostiene que la escama es secundaria, pues cuando la enfermedad avanza se producen primero los círculos rojos y solo más tarde aparece la escama que es una consecuencia de la papula ó de aquellas alteraciones que hay en esta enfermedad que atacan aún á los capilares dilatándolos y acercándolos á la superficie.

Es la soriasis una enfermedad crónica que se considera incurable porque recidiva. Se consigue hacer desaparecer los síntomas, pero vuelve al año ó á los 2 años, á veces con mayor intensidad. Su etiología es desconocida, sin embargo no falta quien noshable de artritis, herpetismo y otras tonteras semejantes. Algunos la creen de causa microbiana, desde que en algunas escuelas se han visto varios casos al mismo tiempo. Pero hay un sin número de matrimonios en los que uno de los cónyuges sufre de soriasis y el otro nó, lo cual prueba lo contrario. Su origen es oscuro y entran en él varios elementos. El sistema nervioso interviene en muchos casos en su génesis y así individuos hay en que después de terrores ó impresiones fuertes, se ha manifestado la soriasis. Con todo nada hay aún bien averiguado. Es una afección que á veces va acompañada de ligerísimo prurito. Es incómoda por la estética y porque la caída de escamas ensucia las ropas de la cama que á veces se cubren con ellas. Esta afección dura mucho tiempo y se halla en todas las edades, niños, jóvenes y viejos. Puede durar toda la vida sin que por esto se generalice, viéndosele á veces años y años limitada al codo ó á la rodilla y después de mucho tiempo aparecer en otros puntos, como si fuera propagada.

Diagnóstico. Se puede confundir con seborrea y con pitiriasis, pero el diagnóstico se hace examinando todo el cuerpo: por el color nacarado de las escamas difiere del amarillento de la pitiriasis, además por el círculo rojizo de la soriasis, por la falta de prurito que hay en esta. En la nariz se puede confundir con el lupus eritematoso,

pero la soriasis no deja cicatriz y se diferencia por otros síntomas, que en esta no hay, y que se verán al estudiar el lupus. Se distingue de las sífilides cuyos bordes son indurados y que al rasarse son dolorosas. Se diferencia del eczema porque este produce prurito.

Tratamiento—Siendo su causa desconocida, es claro que no habrá más que tratamientos empíricos poco eficaces. El tratamiento produce buenos efectos la primera vez, pero en las recidivas, por más grandes que sean las dosis, es sin resultado. Cuando se ha usado arsenico, la mancha de soriasis se acentúa mucho en color y tarda en desaparecer.

El I K (40 á 50 grs.) por día. Ha tenido la ventaja este tratamiento de hacer comprender que se puede usar este medicamento á dosis altísimas y que no hay que usarlo en dosis homeopáticas, se puede decir, como se hace vulgarmente en la sífilis. Sommer ha llegado á usar hasta 30 grs. por día; debe ser, por supuesto, puro, sin yodatos que son los peligrosos. El I K puede producir en caso de idiosincracia la muerte tanto á dosis pequeñas como grandes. Este tratamiento se ha abandonado porque se hace la vida imposible debido al mal gusto de la boca y también por lo cara que se vuelve la medicación.

Se ha usado la opoterapia, bajo forma de glándula tiroides, de efecto relativo.

El tratamiento local es el preferible porque no hay necesidad de interrumpir las digestiones con medicamentos desagradables y por ser de mayor éxito. Como medicamentos en esta enfermedad (que Hebra considera como un emprestito al que todos los años hay que sacarle un cupón es decir que hay que curar todos los años) el ácido salicílico, pirogálico, fénico, crisarobina son los más usados. El alquitran, al hablar del tratamiento general hemos visto que hace desaparecer las inflamaciones crónicas y el prurito. Se usa pues en la soriasis, si bien es incómoda pues hay que aplicarlo y teñirse la piel todos los días: se usará pues aceite de cade ó antrasol, ya en suspensión

en alcohol, éter ó en pomada. Esta última facilita la salida de la escama. El azufre combinado á esta pomada aumenta el resultado. Se usa el azufre precipitado.

Antrasol ó aceite cade 20 grs.

Azufre 20 grs.

Vaselina 40 grs.

Aquí no importa si la vaselina es irritante pues el alquitran lo es ya de por sí.

Además se usan baños de sulfuro de cal.

50 grs. de cal viva, 50 grs. azufre y 1000 grs. de agua: se hierve con lento calor hasta reducir á 600 grs. Se toma la 1/6 parte y se echa en una bañera de agua tibia.

Tiene la ventaja de no tener el mal olor del H^2S y además tiene acción sobre el reumatismo y muchas enfermedades de la piel.

Estos baños se conocen con el nombre de baños de fórmula Sommer ó baños de sulfuro de cal.

El alquitran debe tenerse cuidado de no usarlo en los niños pues se absorbe y la orina entonces se pone de color de aceituna debido al ácido fénico. En los adultos se tolera mucho mejor, si bien es bueno vigilar siempre la orina. El ácido pirogálico y la crisarobina son más activos aún, aunque no hay que usarlos en grandes superficies.

El ácido pirogálico al 10 % en pomada y la resorcina. La crisarobina es más activa aún, si bien más peligrosa, era usada ya por los antiguos.

Se saca del palo Goa (la confunden con el ácido crisofánico los idoneos de farmacia).

Produce si cae en los ojos una conjuntivitis intensísima: que no sea pues próxima á ellos. Por eso se abandona su uso, pues de noche ó cuando el enfermo está por despertar, se pasa las manos por los ojos y se produce la conjuntivitis.

Se usa entonces con otro vehiculo más seguro que es la Traumaticina, poniéndose así á la crisarobina en suspensión en una película aplicada sobre la soriasis. Se cambia todos

los días lavándola. Se verá á los varios días formarse una extensa mancha crisarobínea de color rojo violeta. Hay que suspender entonces el tratamiento. Al quitarse la tela se verá que en el centro hay una mancha blanca donde antes estaba la roja de la soriasis y alrededor una zona rojiza donde antes era blanca.

Debe tenerse cuidado de quitarse esa escama de cera, antes de hacer el tratamiento, con baños alcalinos y jabonosos. No se pueden estas sustancias usar en el cuero cabelludo, pues tanto la crisarobina y el ácido crisofánico como el pirogalol tiñen el pelo; úsese más bien el alquitran, ácido fénico, ó ácido salicílico.

Hay que buscar de tratar la soriasis hasta su terminación y algunos creen que cuando se deja algún punto sin curar este no desaparece más.

Lupus eritematoso

(Seborrea congestiva de Hebra) —Algunos libros lo consideran como tuberculoso. Pero Sommer lo coloca, como la soriasis, ligado á la seborrea, solo que ha sido desgraciadamente llamado lupus pues, como tiene su primo hermano que es el lupus vulgar, resulta que lo han considerado como al último, tuberculoso, por tener el mismo apellido. Hace muchos años que Sommer sostiene que no se trata de tuberculide. En efecto no hay en él un solo bacilo. El no tiene nada de tuberculosis y ya en su último viaje algunos dermatólogos franceses han terminado por declararle que se van convenciendo.

No dá tampoco reacción á la tuberculina. Es una afección que ataca al adulto mientras que el lupus vulgar ataca al niño. Por eso Sommer lo liga á la seborrea que comienza recién en el crecimiento. Prefiere los sitios especiales de la seborrea y puede confundirse aún con acné

rosado. Es de causas distintas según Sommer y esto lo deduce por los resultados distintos también, según el tratamiento. A un médico que tenía lupus eritematoso, y sufría de dilatación de estómago el año 90, lo curó con el Beta naftol, y este médico le decía que es tan evidente la acción del estómago sobre esta enfermedad, que al día siguiente de un banquete le salía una placa de lupus eritematoso. Tiene muchos casos de mejorías semejantes y evidentes. Pero se puede tratar también con otros medicamentos que se dirigen á combatir la misma causa.

Se divide este lupus en varias formas. Algunos lo dividen en discoideo y diseminado. Otros en centrifugo discoideo y diseminado.

Estas divisiones son indiferentes. Tiene síntomas en todas sus formas bien precisos y claros. Es un eritema con escamas muy adheridas, que al producirse sobre las glándulas deja una atrofia cicatricial.

El más común es el que ataca el centro de la cara, es discoideo en el centro de la nariz y de las mejillas con aspecto de mariposa y dispuesto el cuerpo en la nariz y las alas en las mejillas. En un principio esta forma y la diseminada tienen el tamaño de una cabeza de alfiler pero luego se distienden. Esta manchita roja se cubre de una escama lardacea con bordes rojizos y agujeritos en el centro que son las aberturas de glándulas. Al desprenderse la escama se vé que es dura y dolorosa, lo que la diferencia pues de la soriasis en la que se desprende sin dolor. En aquel, después de desprendimiento con pinza, se vé en ese lugar una porción de pequeños conos y orificios que son obliterados; cuando es muy grande la producción de estos conos forman una escama. En el centro la piel está deprimida y los folículos pilares y las glándulas sebáceas no funcionan; no hay pelos y la sustancia sebácea es mínima pues deja á las células corneas endurecidas. Gana así poco á poco la periferia. Su curación se hace á expensas del dermis. En su periferia se notan verdaderos comedones, que nosotros ya conocemos, que tienen, como lo dijimos, mucho

epitelio corneo, lo cual deja suponer que sean ellos el principio de la enfermedad. Por eso Hebra lo ha llamado seborrea congestiva. Esta forma de lupus eritematoso discoideo, es de evolución lenta, y es el más común; á la par que en la nariz y mejillas, se lo puede ver en las orejas, donde produce la atrofia y escotadura de sus bordes. La situación explica su parentesco con la seborrea. Algunos lo llaman centrífugo cuando es simétrico, y discoideo cuando es asimétrico.

En cuanto á la forma diseminada, ya no son discos, sino plaquitas como lentejas, recubiertas de escamas, de bordes rojizos é irregulares. Se puede encontrar este en el tronco, en el cuero cabelludo y algunas de sus placas pueden simular á veces una forma discoidea, aunque el resto es diseminado. La forma discoidea es lenta en su evolución y la diseminada, aunque no se puede decir aguda, es, por lo menos, subaguda. Es claro que en cuanto á su extensión puede ser semejante á la anterior pero por lo general la forma diseminada avanza mucho más.

Se puede ver aún el lupus eritematoso en la mucosa de los labios y otra forma más, es la generalizada ó aguda. Son sus casos contados y excepcionales y producen la muerte con rapidez debido á las causas generales que los acompaña. Es de evolución, en este último caso, rapidísima y grave, y en la autopsia es frecuente encontrar bronco neumonías ó tuberculosis miliar galopante. La piel reacciona en la forma aguda, á una afección de otra naturaleza es decir á la tuberculosis, lo cual coincide con los primeros hallazgos de Kaposi, el cual solo lo demostró en estos casos generalizados. Pero esto desgraciadamente á contribuido á llamarse ó considerarse este lupus como tuberculoso en todas sus formas. Hoy sin embargo se marcha hacia la razón. Los distintos métodos como ser la cuti-reacción, la oftalmo reacción, no son positivos y lo más raro aún es que en las casas especiales donde se recluyen los tuberculosos, no se ven enfermos de lupus eritematoso.

Luego no hallamos ni los tipos histológicos de tuber-

culos, ni la generalización de la tuberculosis, ni aparece, además, sino raras veces en los niños, es decir lo contrario del lupus vulgar: no hay porque llamarlo, entonces, tuberculoso. Indudablemente la tuberculosis se halla representada en algunos que tienen conjuntamente lupus, como pueden tener otras enfermedades. En suma, debemos rechazar la teoría de la tuberculosis y una prueba evidente de nuestra razón es el tratamiento curativo con betanaffol, lo cual nos comprueba que es solo una forma de seborrea.

Otro hecho que se vé frecuentemente, es que estos enfermos sufren de sabañones (eritema pernio) y de infarto ganglionar.

Que sus sabañones se producen facilmente con el menor frio y que sufren destrucciones. Otra forma de lupus que demuestra su formación, es el *lupus eritematoso de tipo corneo de Benier*; se origina después del arrancamiento de las costras que dejan los conos que hemos ya descrito.

Hay que establecer un diagnóstico diferencial con la *sífilis orbicular*. El sitio predilecto del lupus es una buena indicación, la hipersecreción sebacea, también nos encamina.

En la sífilis hay también producciones en formas, de discos de *bordes indurados*, cosa que no hay en el lupus, en cambio este tiene un contorno rojizo y la sífilis no. La sífilis puede en su forma orbicular, es cierto, producir una cicatriz central, pero á medida que se extiende por lo general se cura en el centro y crece en la periferia. Además si hay escamas estas se desprenden fácilmente y no dejan conos.

Con la *soriasis*, debe diferenciarse, pues se puede confundir con el lupus discoideo. Su escama se desprende fácilmente y no produce cicatriz central, además recidiva y es de fácil curación, nó como el lupus.

Con afecciones como la *tricoficia* se puede confundir solo por poca observación.

Con el *acné rosado*; este tiene un limite difuso no bien marcado, y telangectacias que le dan un color rojo ti-

pico, además, aunque está sobre la nariz, se extiende á la región intersupraciliar y al mentón.

El lupus es crónico y de difícil curación y los distintos enfermos reaccionan con distintos medicamentos. Aun el tratamiento de Sommer tiene sus excepciones. Cuando hay afecciones gastro-intestinales, se da B. naltol, *en ostias* de 0.50, que hay que tragar y tragar con rapidez porque si se rompe la oblea, el contenido arde. Al interior se han hecho además tratamientos con iodoformo, estriemina, arsénico, etc.

El tratamiento local es el más eficaz: existe el de aplicar repetidas veces alcohol puro, ó bien poniendo en solución en él resorcina ó ácido salicílico. El alquitrán, el emplastro mercurial, también se han usado. Los tratamientos destructores KOH, ácido fénico, ácido crómico, el cauterio buscando destruir el dermis; las escavilaciones á veces son seguidas de curación. El tratamiento más moderno es el de los rayos X.

Como lo dije, no siempre se tiene resultado con todos estos métodos y aún hay raros casos en que los Rayos X pueden extender más aun al lupus. Por tanto, se usarán los Rayos, toda vez que no sea una forma muy aguda. Se valdrá pues al principio, de remedios suavizantes hasta que ya no sea tan aguda y luego se hará uso de los Rayos X.

Enfermedades debidas á Insectos

Sarna. Aunque es una afección bastante conocida, había sido, hace tiempo, creída una enfermedad general interna, como ahora el artrilismo, y solo se aclaró después de Hebra, que hizo un estudio tan perfecto que nada pudo agregársele hasta el presente.

Hebra estudió (1844) todos sus detalles, patogenia, anatomía-patológica y mil otras minuciosidades. Se denominó desde entonces sarna á la afección que produce el *aca-*

ro scabiei; nosotros por tanto debemos conocer á éste, donde vive y qué edificio hace.

El *acarus scabiei* ó *sarcoptes hominis*, tiene semejanzas con otros acaros y en nuestro país se ha generalizado en estos 39 últimos años, pues antes subsistía al de las ovejas que no es el mismo. Es un animalito amarillento, semiesférico, que al rato de estar encima de la uña camina con cierta rapidez. Entre dos uñas se rompe produciendo chasquido. Visible á simple vista y al microscópico, él está provisto de 8 patas, de 4 senos maxilares, teniendo sobre el dorso una cantidad de surcos y espinas con convexidad hacia atrás en el dorso y al inverso en el vientre. Patas distintas según sea hembra ó macho. En este último 4 anteriores en 2 pares y en su terminación una ventosa y en las posteriores el 4º par con ventosa y el 3º con pelo largo. En la hembra los dos pares posteriores tienen pelo. En el macho el órgano genital se halla en forma de horadura y en la hembra hay dos vaginas una para el coito y otra para poner los huevos. El macho, como en el género humano, anda siempre fuera de su casa, aunque sin ocupación, pues es algo atorante, se oculta y pasa las horas en depresiones y papulas.

Pero la hembra despues de haber sido fecundada, se separa de la otra parte de la familia y vá á establecer su casa, que es muy sencilla, pues es un *corredor* largo y lechado. Esto lo hace con los maxilares, trepanando un orificio en el epitelio y cuando está ya en la región epidérmica, hace un canal, y como no puede existir en la piel ningún órgano sin producir irritación ó hiperplasia, vesiculación y pustulación, las eflorescencias aparecen. Una pústula se forma entonces debajo del canal y este canal levanta así toda la epidermis, de modo que para sacar el acaro no hay necesidad de abrir la pústula. Formase de este modo una especie de pápula con un canal externo, el cual está lleno de puntos negros y de huevos, aunque si el canal es algo antiguo, se ve que ellos están reducidos á su sola cápsula: no así en las partes más nuevas donde se vén los huevos recién puestos y luego uno en seg-

mentación y por último la hembra. Si uno quiere sacar al parásito no hay pues más que hacer una punción con una alfiler, lo cual no es cosa muy fácil. Toda esta evolución necesita una cantidad de días, de modo que cuando se cree contagiada una persona recientemente, hay que manifestarle que su origen es anterior. Luego la sarna no se puede diagnosticar enseguida. ¿Qué es lo que hace el acaro hembra? Hemos dicho que irrita y ahora agregamos que su trabajo lo hace de noche: en efecto de día no se siente casi el prurito, que aparece, en aquella de noche con intensidad.

Pero al mismo tiempo pone á la persona en un estado especial de eretismo nervioso que favorece el rascado, y como hay esas pápulas y pústulas debidas al surco, la uña que hace solo un rasguño si rasca sobre piel sana, si encuentra una pápula, la destruye y forma escoriaciones, y pústulas en distintas partes. Estos son los síntomas de la sarna: de modo que, resamiendo, se verán sobre la piel: surcos, pápulas, pústulas, escoriaciones y ronchas. Además hay predilección por ciertos sitios. Primeramente es el tronco, luego los miembros superiores é inferiores, siendo rara la cabeza. Ahora bien: empezando por las extremidades, se verán eflorecencias donde hay roce ó compresión y así entre los dedos, en la muñeca, en el lado de extensión del codo, en la parte anterior de la axila y en las piernas; solo no hay en la planta del pie pues invade no más que su lado interno ó externo. Sobre el tronco, en las mujeres, alrededor del mame-lón y en la cintura por el frote del corsé. Sobre el pene en el hombre y en las nalgas por la ocupación, pues si es zapatero ó alumno de medicina, con bancos duros como los de ustedes, se reproducirán con preferencia allí, donde se verán verdaderas pústulas de ertima é impetigo. Entonces conoceremos, si vemos una de estas lesiones, la profesión del enfermo. La mejor prueba de la sarna será reconocer el surco y con un alfiler sacar el acaro. Con esta localización hay sin embargo suficiente para el diagnóstico, y á distancia un enfermo con cara y el cuello libres de elementos, pero con las eflorecencias antedichas en el cuerpo (más si no son

de tipo alargado, lo cual dejaría pensar en pediculosis, pues en la sarna no hay forma alargada) podemos asegurar que tiene sarna. Hay personas que se asustan de esta afección, en cambio esta enfermedad inofensiva se cura pronto.

Tratamiento.—Destruir la causa. Hacer uso de elementos *suficientes* para combatirla. Digo suficientes, porque no se debe exagerar como se hace en el hospital San Luis con la *frotte*. Se aplicarán sustancias (que son muchas) para destruir al *acaró*, como ser la pomada de Heilmreich que formaba parte de la *frotte*. El doctor Sommer usa sustancias eficaces y convenientes como ser: el azufre que es muy bueno contra el *acaró*; al prurito lo combate con el alquitrán y como hay que romper el surco usa la creta. (véase al final la fórmula) Para reblandecer se debe hinchar el epitelio con jabón negro y una pomada cualquiera como vehículo; así se facilita la rotura del surco. Es la pomada primitiva de Wilkinson. Kaposi usa el Betanftol del 5 al 10 %. A veces es irritante. El Bálsamo Perú, estoraque, querosene, son todos buenos pero hay que saberlos usar. En los niños no se usará el alquitrán, será mejor una pomada con Bálsamo Perú, con jabón, azufre, y creta. La manera de aplicarla es de importancia. Que se frocen las manos: como si estuvieran muy contentos los enfermos y luego, la muñeca, el codo, axila, cintura, pene y bolsas. Después desde el cuello hasta los pies. Para la espalda se valdrá de otro. No se contagia la sarna al dar la mano. Se contagia en la cama pues el *acaró* trabaja de noche. En cuanto á la ropa se hará lavar solo la interna y la de la cama, sin necesidad de escrupulosa desinfección. La pomada se pondrá solo una ó dos noches prohibiendo de aplicarla más, pues se producirá un eczema mayor del producido por el *acaró*. Después se podrá bañar, si bien es mejor esperar que actúe algo la pomada. Si tiene pústulas se curarán como siempre, con óxido de zinc y pomadas grasas. No es pues necesaria la *frotte* con jabón de potasa, seguida del baño. Esto es innecesario y perjudicial, pues es fácil ver así seguir á la sarna el eczema. Es por esto que Sommer aconseja solo usar la pomada una ó dos veces. Con solo

la pomada de Helmerich se podrá tratar la sarna pero no usando la frotte, aunque así no hay los medios de destrucción del conducto. En todos los casos hay que preguntar si el enfermo es casado ó soltero, pues puede haber ya contagiado á su mujer y en este caso habrá que tratarlos á ambos.

Aconsejamos esta fórmula:

<i>Rp:</i> Aceite de cade		<i>ãã</i>
Azufre		
Jabon negro		20 grs.
Creta preparada		4 grs.
Vaselina		<i>ãã</i>
Cerato simple		80 grs.

Pediculosis

Pasaremos muy rápidamente estas afecciones en revista.

Existen varios pediculis. Los *capitis* son los que debemos tratar primero. Cada uno de los pediculis vive en su región, y raras veces pasan de sus límites. Los *capitis* son comunes en los niños, raros en los hombres, más frecuentes en las mujeres. Los pediculi capitis se contagian con mucha facilidad, con más frecuencia en los niños que asisten á los colegios, además porque están en contacto íntimo con las sirvientas, por lo general de poco cuidado en la cabeza y muchas de ellas con *hidrofobia* ó sea poco limpias, pues parecen temer al agua.

Este temor al agua es muy conocido en dicho gremio.

Como los niños tienen la piel muy delgada, facilmente se producen las efflorescencias más acentuadas, los pediculis producen una roncha por los líquidos de su secreción y un edema alrededor en forma de urticaria. La picadura produce un prurito fugaz, pero la roncha dura mucho tiempo. Los niños al sentir la picadura en la cabeza,

con las manos sucias de tierra y gérmenes, se rascan, lesionan la epidermis y facilitan la inoculación.

En efecto los niños, á la tarde, á pesar de limpiarse por la mañana tienen las uñas de luto.

Se produce pues una inflamación cuya consecuencia es el acúmulo de una serosidad y el origen de roncha del tamaño de una moneda. El pedículo produce otras al lado que el niño se encarga de infectar á su vez, y al poco tiempo se ve un verdadero archipiélago con islotes amarillos, rodeados de color rojo. La serosidad pega unos pelos á otros y produce mochones, donde el peine se detiene y favorece indirectamente la tranquilidad de los pediculis, no molestados ya porque el peine duele al pasar por allí. Hay pues esas costras impetiginosas características. Conjuntamente se ve que el niño tiene una tez más pálida, al mismo tiempo que, marchando por los linfáticos los gérmenes producen infartos ganglionares en el cuello. Hay además un reflejo del cuero cabelludo hacia la nariz, sobre todo en el niño que sintiendo picazon en la punta de ésta, lo mismo que si hubiera vermes intestinales, se rasca, y como lleva los gérmenes en las uñas se produce costras en la boca y en la nariz. Es esto lo que se llamaba impetigo contagioso. En la boca esa inflamación era llamada escrofulosa, y niños que así habian sido diagnosticados fueron curados por Sommer matándoles los pediculis.

La incomodidad produce en los enfermitos un estado anémico. Los pediculis, con criterio previsor, se alojan bien, en sitios de preferencia, pues si estuvieran en la parte anterior se les mataría. Por esto van á las partes donde hay seguridad por parte del peine que no podrá tan fácilmente localos. Se colocan cerca del cuero cabelludo y sus huevos los ponen en punto de implantación del pelo. Este hecho es de importancia porque nos indica si una pediculosis es reciente ó antigua. Lo sabremos por el número y luego buscando donde se encuentran los huevos ó liendres, pues si están cerca de la punta del pelo es porque es

vieja y es reciente si están cerca de la base del pelo. Es inútil perder el tiempo diciéndole á la madre que son pediculis porque va á negarlo; es más convincente mostrarle uno, á lo que dirá que por esta casualidad, con el fin de no perder su reputación de limpieza. Es fácil de curar la pediculosis, pero fácil también de adquirir de nuevo, de modo que será bueno hacer un tratamiento general en la servidumbre y en la familia toda. Nótese que si son de un negro los pediculis son también más negros.

Tratamiento.—Hay una cura antigua, en uso desde tiempo inmemorial, el unguento soldado, á pesar de que este nombre se debía á que los soldados combatían con él á los pediculis pubis. Hay que tener mucho cuidado con su absorción; hace unos años Sommer tuvo un enfermo, que decían tener un chanero sifilítico de la uvula, y que resultó haber tenido una estomatitis ulcerosa producida por una fricción mercurial enérgica. Se puede usar el óxido amarillo de mercurio ó el calomel (2 x 30 de vaselina). Pero hay otros medios que no dañan, como ser el querosene que mata los pediculis y sus huevos. Se debe tratar de un modo especial tratando de evitar su inflamabilidad mezclándolo con aceite y recomendando no aproximar velas. Se echará bastante cantidad de esta mezcla en partes iguales y se recubrirá con una franela. Al día siguiente, después de haber dormido, se lavará con jabón y agua. Las liendres apesar de esto no salen y solo se conseguirá usando un peine mojado en vinagre que achicharra al huevo y que librará de esta incomodidad.

Hay también quien usa pomadas con azufre, balsem del Perú, alquitran, ó vaselina pura en gran cantidad, pero el querosene y aceite en partes iguales es el mejor pues se vé que á la vez el impetigo se aplana y las costras se desprenden.

La pediculosis pubis.—Antes se creían que los ptirius inguinalis eran preservadores de enfermedades venereas. Por eso se tenía cría en los ejércitos, y por ende se llamaba unguento soldado al que servía para matarlos. Se

cuenta de un zapador el cual, como le picaba el bigote, buscó y vió en él un pediculis, entonces lo tomó y se lo volvió á poner en la bragueta diciéndole: *deserteur!*

Ellos residen en el bigote, pubis, cejas, axila y barba, pero nunca en el cuero cabelludo.

De allí hacen escursiones, p. ej: de la región pubiana á la axila y producen en su recorrido picaduras que son las manchas azules, que se creían (Sacconi) sintoma de fiebre tifoidea. Se las puede hacer artificialmente con el machacado de pírias y punción ó inyección debajo de la piel.

Tratamiento. No se indicará la pomada mercurial pues se absorbe, en especial en los chicos. Usar también petróleo.

Pediculis vestimenta ó corporis, mal aplicado este último nombre porque no viven sobre el cuerpo sino sobre los vestidos y de allí van á alimentarse sobre la piel, produciendo ronchas pruriginosas que rascadas por la uña originan eflorescencias secundarias típicas alargadas.

Tienen ellas cierta localización especial allí donde los pediculos nos son incomodados, ó sea donde la camisa tiene pliegues en mayor número, en la parte posterior, entre las escápulas: es allí que se alojan los pediculis ponen sus huevos y se multiplican.

Clare está que no ván lejos á picar, y en las personas que usan cinturón ó braguero, es allí donde se alojan: también lo hacen entre los pliegues del puño aunque menos á menudo porque hay más aire y son más molestados. De modo que, según el traje ó la camisa, su localización es distinta si bien prevalece siempre en la región interescapular, pues hay más pliegues. Se verán allí las ronchas y escoriaciones alargadas, como en el sitio del cinturón, si lo tiene. Estas escoriaciones alargadas abundantes en especial en las personas velludas, son terminadas en punta, pues es la uña que ha roto la bolsa del edema de la roncha penetrando en ella por lo cual esta desaparece y solo queda la escoriación recubierta de un poquito de sangre coagulada. Depende á veces el aspecto, de que las escoriaciones se modifican según el tiempo, según la

falta de limpieza y la presencia de streptoconus llevados por la intervención de la uña al rascarse. Se trasmiten los pediculis por los vestidos y en ellos viven, por más que se diga que un rey de Francia halló la muerte, según las creencias antiguas, porque le salían los pediculis del cuerpo. Lo cierto es que ellos viven no solo en los vestidos sino también en la cama y especialmente en las camas de paja. Tal sucede á bordo y en los cuarteles, por eso los emigrantes se hallan infectados casi siempre con ellos. Por el rascado se forma impétigo, ó ectima, y la costra luego cae y deja pigmentación pudiendo producir á veces un verdadero tatuaje. Para curarse hay que cambiar *totalmente* de ropa, no reteniendo nada, ni en vestidos, ni en ropa blanca, ni en ropas de cama. Lavar y desinfectar toda esa ropa. En el San Roque los enfermeros mismos los diagnostican y mudan de ropa á sus victimas. Es inútil darle baños pues ellos no viven en la piel.

Chinche, Cimex-Lectulatus—Vive en las camas, entre los colchones y vá al cuerpo humano á alimentarse de noche, produciendo una roncha que dura más que la de los pediculis.

Las ronchas se producen en el cuello, á veces en la cara y en la proximidad de la atadura del calzoncillo si se duerme con ellos, ó en el borde de la manga si se usa camiseta larga. No hay que confundir estas picaduras con el prurigo de Hebra, que forma ronchas al año ó año y medio y que luego produce eflorescencias que duran toda la vida. Las ronchas del cimex pues, por su localización podrán distinguirse facilmente.

Mosquito— Produce en algunas personas una mancha grande y pasajera, pero después que ha pasado la sustituye la roncha y se ve en el centro un pequeño puntito hemorrágico correspondiente á la picadura. Se reconocerá por sus síntomas, eflorescencias y localización. Ellos van á las partes descubiertas y viendo muchos se puede diagnosticar si se ha dormido fuera de su casa. Los de la propia casa no picantanto y mucho.

Ellos lo hacen más con los huéspedes, los que al levantarse aparecen todos picoteados. Esto se vé, por ejemplo, en el Tigre, donde si uno duerme en su casa no le tratan mal, pero si se va, verbigracia, á San Fernando, á casa de otro, los mosquitos lo ponen hecho un ecceshomo.

Hay que darse cuenta bien de esto, pues hay enfermos que vienen preguntando si es sífilis pues, han dormido fuera de su casa. Hay que tener presente además que los mosquitos son transmisores de enfermedades y los hay que transmiten embriones de la filaria produciendo la elefantiasis, como lo demostró Patrick Manson. Más tarde yo sostuve que la lepra era transmitida por un mosquito y fui combatido, diciéndoseme que, si así fuera, habría mucha en Corrientes. Esto no es criterio, porque la mosca brava transmite el carbunco y sin embargo no lo hay casi en la provincia de Buenos Aires.

Para no ser picado por el mosquito, aplicarse vinagre, vaselina fenicada ó alquitrán. Se matará al mosquito echando querosene en las aguas estancadas.

Pulex irritans.—Abunda en todas partes y pone sus huevos en los intersticios del piso, saltando sobre las personas que pasan. Es por esto que no se pueden visitar las casas desalquiladas. Al hacer la succión, produce este insecto una areola rojiza que después desaparece, dejando solo un punto hemorrágico que es una petequia. Hay que diferenciarlas pues de las de la fiebre tifoidea. La petequia verdadera no tiene aureola, si bien esta falta, después de un tiempo, también en la de la pulga. La de la fiebre tifoidea está solamente en la región abdominal, y si bien puede la pulga producirlas aquí, también se hallan en los brazos y en otros puntos. Esto no tiene gran importancia á primera vista, pero sabiendo que con ella se transporta la bubonica, es de valor el diagnóstico. Las pulgas deben destruirse, evitando que la cría se produzca y sabiendo que esta existe en los intersticios de los pisos, se conseguirá su destrucción lavando con *acarolina* los pisos: á

los perros que llevan encima muchas pulgas se les tratará igual. El bufach ó *piretro caucásico* se emplea también.

Sedopendros (Cientopías) No ha sido tratado aún bien este punto. Un hijo de Sommer tenía una erupción en la mejilla una mañana al levantarse, se presentaba ella con varias ronchas en grupo y con yesículas alrededor. Púsose su padre á meditar y sospechó de algun insecto que no respondió á los comunes. Hizo buscar y encontró un ciento pies.

A los pocos días fué llamado por otra familia debido á una igual erupción en la mano y en la cara y le dijeron además que el día anterior encontraron en la cama un ciento pies. Poco después vió á un señor con una respetable calva y con una erupción en ella y le preguntó: ¿No hay en su casa ciento pies? Luego que le hubo contestado que sí, quedó confirmado el hecho.

El tratamiento se reduce á un protector con agregación de mentol para el prurito.

En algunos países cálidos y en las provincias del norte se conoce el *pique* ó *pulce penetrans* muy frecuente por allí donde lo extraen fácilmente cuando se hospeda y si se deja en cambio en los tegumentos, ensancha su ovario, produce inflamación y ulceración y hasta hay casos de mutilaciones de los miembros. Hay que desprenderlo pues con una aguja candente á la que se le hace hacer movimientos en su interior. Es conveniente en esas regiones fijarse bien en cuanto se sienta alguna molestia en los pies.

En los países tropicales existe también el *Ixodes ricinus*, es decir la garrapata que fácilmente se puede desprender con alfiler ó cortaplumas, cuando se adhiere. Deja á veces ulceraciones si se abandona (en un ingeniero que había viajado en lo países tropicales tuvo ocasión de verlas Sommer).

Tetraneus molestissimus, *leptus autumnalis*, pequeño insecto que hace sus estragos en verano (en el campo, libre no cultivado es difícil encontrarlo, pero sí en el cultivado; vive en arbustos y árboles como el sauce. Produce un

prurito intenso que obliga á rascarse; penetra cada vez más en los tegumentos y origina celima en las piernas. Si se abandona causa exulceraciones, ulceraciones y linfangitis; tiene una vida efímera y muere á los 3 días, pues cae y se desprende. Es un animal de seis patas cuyo desarrollo no se conoce bien. Medios para hacer desaparecer el prurito los hay, pero no muy eficaces: Soluciones de alcohol, alcohol con ácido fénico ó mentol. Las pomadas tampoco dan mucho resultado. Sommer dice que él es una verdadera esponja del bicho colorado y para curarse se ha puesto antipruriginosos en forma de pomadas ó ya con colodion sin gran resultado. Pero puede preservarse poniéndose un poco de vaselina fenicada en las piernas. De este modo, dice, no invaden los latranicus y después de cierto tiempo parece que ya no quisieran picar más. Lo mismo el alcohol puro, puesto antes, evita la picadura.

El alquitran calma al prurito y mata al tetránico.

Arctias. (Megale) Es venenosa, y sorprende que en la ciudad y alrededores existan, además, arañas pequeñas que producen la muerte.

Aparte de la picadura que así llaman los enfermos y que es el herpes labial, producen una escara rodeada de una zona inflamatoria, originando además hemorragias generales en forma de purpura, y hasta intoxicación verdadera y mortal.

Un enfermo visitado por el doctor Penna en el Once despertóse una mañana con una picadura y murió en el aislamiento y se cita otro caso igual ocurrido á un médico.

Hay que buscar de neutralizar el veneno con NH_3 , y disiparlo con antisépticos en general, pero con todo, es de pronóstico reservado. Las serpientes venenosas cuyo estudio es tan abandonado en nuestro país deben sin embargo ser estudiadas. Localmente no producen gran cosa y por tanto no tiene importancia en Dermatología. Los sueros no producen resultado porque se han hecho con serpientes de la India y por tanto de veneno distinto. En San Pablo, Vidal Brazil, y aún en la India otros expe-

rinimentadores han hecho sueros polivalentes. Los del primero son de mayor importancia para nosotros por ser fabricados con serpientes de nuestro continente.

Un médico del Brasil que le mandó folletos con estudios al respecto á Sommer, sostiene que las serpientes se pelean y se defienden mordiéndose pero no mueren envenenadas, luego hay en ellas algo que las protege de ese veneno. ¿Y qué órgano es? El cree que es el hígado que produce este antídoto y que podría utilizarse en el hombre. Cuando ha sido mordida una persona por una serpiente venenosa, después de habérsele abierto á esta el vientre, se le saca el hígado y la vesícula biliar asepticamente se mezcla el hígado con suero fisiológico, y este líquido se inyecta en el tejido hipodérmicamente mientras que la *vesícula biliar* se puede hacer comer. Esto es ventajoso para la campaña, donde no hay sueros, ni se pueden conservar convenientemente.

Impétigo y Ectima

El estreptococo produce un gran número de afecciones: erisipela, linfangitis, elefantiasis de las extremidades inferiores, pero también se podrá encontrar sus lesiones en la epidermis misma. El *impetigo* es una dermatitis estreptococcica, en suma es una vesícula que se rompe y sobre la que se forma una costra mericérica. La rapidez de producción, el color y la manera de disponerse una vesícula al lado de otra lo distingue de otras afecciones. Para establecerse necesita siempre una lesión primera y por tanto una navaja que tenga algún estreptococo si llega á herir, al día siguiente producirá una vesiculitas que luego producen las costras, lo mismo que el prurito de las enfermedades de la piel. Indudablemente que se necesita que sea piel muy delgada en su capa córnea, por esto se vé

en la cara alrededor de nariz y boca como frecuentemente puede verse en la pediculosis.

El impétigo se extiende también sobre el cuero cabelludo en forma de placas. Si esta inoculación se produce en otros puntos como ser las extremidades y si intervienen despues otros irritantes, (rascado) se produce el *ectima*, es decir vesículas llenas de pús. Es en forma de una vesícula llena de suero y pus que rascada se rompe y puede dar también sangre que se presenta el ectima simple: él no es más que el impetigo de la porción superior. Pero es lo que se produce también en otras afecciones como la del tetránico por el rascado y si al mismo tiempo hay alteraciones circulatorias se origina una verdadera ulceración, que se nota con frecuencia en los varicosos. Ectima como impetigo, son de evolución rápida pero por dificultad circulatoria son más lentos en los miembros.

Se combate el impetigo con grasas y con antisépticos, pero nunca se aplicará agua sola por que no es que lo empeore, sinó que después hay que secarlas con una tohalla cuyo roce lo irritará más. Se usará pués estas pomadas cubriéndolas con franelas ó compresas. Hay quien emplea soluciones de $\text{Sol}^t \text{Zn}$, pero es mejor usar pomadas consistentes, con oxido de zinc y antisépticos.

Tuberculosis de la piel

Enfermedad relativamente frecuente en algunas regiones, ella comprende muchas variedades, por más que todas ellas sean originadas por el bacilo de Koch. Ellas son conocidas desde muy antiguo tiempo y aún antes de que se conociera el verdadero agente causante del mal, ellas estaban clasificadas en su mayor parte en el grupo de las tuberculosis. Constituyen lo que hoy se denomina *escrofuloderma*. Justo es decir también que data desde ha-

en muchos años el conocimiento del *lupus vulgar*, que se sabía se originaba en terreno tuberculoso y que existían diferencias capitales con el *lupus eritematoso*, cosa que confirmóse más tarde ante el testimonio de la anatomía patológica y de la bacteriología, que vinieron á dar razón á varios dermatólogos distinguidos, entre ellos muy especialmente, Kaposi. Bien es cierto que es muy pobre su flora bacteriana y que muchas veces, no hay que asombrarse si no se encuentra al bacilo de Koch en la primer investigación.

El *lupus vulgar* es pues una tuberculosis de la piel, *que comienza siempre en la infancia ó en la adolescencia*, detalle importantísimo que no debe nunca olvidarse si no se quiere incurrir en graves errores. «Y llamo la atención sobre esto, porque en más de una ocasión, me ha bastado dirigir esta pregunta á individuos entrados en edad y que me aseguraron ser solo dos ó tres años que sufrían de su enfermedad, para desbaratar el diagnóstico laborioso pero inexacto de otros médicos».

La tuberculosis de la piel se injerta en el enfermo por inoculaciones, lo mismo que el tubérculo lo hace en la mano del estudiante que se hiere trabajando sobre el cadáver de un baciloso: es la forma verrucosa, distinta ya del *lupus vulgar*.

Hace años que sostengo, lo mismo que lo hice para con la sarna, que esta enfermedad no se producía, hasta hace un par de lustros, en nuestro país y que todos los casos de *lupus vulgar* existentes en la República eran importados. Al referírsele á Kaposi, este sabio me exigió que le manifestara el porque y como me lo explicaba, á lo que yo contesté, que esta afección aparece allí donde falta la luz, el aire y los rayos caloríficos del sol, cosas que abundaban en nuestro país, cuando la edificación baja predominaba. El progreso, y con él las construcciones, han venido pues á confirmar mi aserto: en efecto, hoy día B. Aires tiene casos de *lupus propios*.

Son los chicos que, jugando en el suelo y luego to-

candose las manos y la cara, introduciendo sus dedos en las narices ó en la boca, ó ya rascándose los brazos, se inoculan el lupus. Es en efecto muy común el lupus vulgar en los niños, tan frecuente como rara es en ellos la tuberculosis pulmonar, desde que sus pulmones, avidos de aire, se llenan de este elemento atmosférico y no constituyen así un terreno apto para el cultivo del bacilo.

Es en la piel, que la observación microscópica nos revela el folículo de Köster con sus 3 zonas características y con su célula gigante central provista del bacilo de Koch. Evolucionando luego el tubérculo, y entrando en el periodo destructivo, observamos la fase de ulceración.

Sus sitios de preferente asiento son las manos y la cara, y dentro de esta, en especial: la nariz, los labios y las orejas. Por lo demás, aunque con menos frecuencia, puede aparecer en las otras partes del cuerpo, con modificaciones en su estructura anatomo patológica según los parajes, desde que varía también el sitio de desarrollo que puede ser más ó menos nutrido. Así por ejemplo: en las extremidades inferiores donde es mayor el retardo circulatorio, será más abundante, llegando á veces á una verdadera elefantiasis de los miembros, desde que se origina una inflamación crónica, neoplásica.

La evolución del lupus vulgar es muy lenta, puesto que gana muy poco en extensión y en profundidad, y no es raro por eso ver personas de 80 años con esta enfermedad, que por más que comienza desde la infancia, no les ha traído lesiones manifiestas, ni ha llegado á interesarles organos profundos como los pulmones. Claro está, sin embargo, que si se ha vivido en malas condiciones de vida aptas para el desarrollo de una tuberculosis generalizada, no es indiferente la lesión local subsistente.

Es en la cara donde el lupus vulgar puede llegar á producir destrozos. Su sitio preferente es la nariz la cual se hincha y se deforma, de tal manera que cualquier intervención obligará á tener que resecarla en su casi totalidad. Si se la observa con detalle, se le vé sembrada de

tuberculos amarillos, rodeados de una zona inflamatoria que á veces los esconde, pero que aparecen en toda su claridad si se les comprime con un vidrio portaobjetos que haciendo desaparecer la congestión, revelará muy claramente á aquellos.

La nariz invadida por esta enfermedad es típica, pues ella termina por perder su punta y luego toda la parte cartilaginosa recubierta de piel y conservará solo su estructura ósea. Ella no puede pues ser confundida con la del sífilítico, en la que faltan completamente á los huesos, la nariz *nata* vulgarmente llamada, ó en silla de montar, á causa de la falta del vomer.

Puede también atacar los alrededores de la nariz y deformarlos: la mucosa nasal, luego la bucal y por otra parte la conjuntiva, son sitios frecuentes terminando en este último caso por opacidades de la córnea leucoma y ceguera.

Otras veces, aunque más raramente, no interesa la nariz y en cambio afecta el resto de la cara, invadiendo de preferencia las parte laterales, que hacia arriba y abajo. En los parajes donde la lesión es de larga data, produce á veces, verdaderas esclerosis. En el lupus vulgar de la cara hay tuberculos numerosos en comparación del resto de la piel, donde son menores y se presentan generalmente bajo un mismo tipo. De los miembros superiores, son las manos las más frecuentemente afectadas, pudiendo inutilizar para el trabajo y hasta desarrollar grandes elefantiasis que llegan á invadir todo el antebrazo. Esta elefantiasis es más común aún en los miembros inferiores, debido al estado irritativo. En estas extremidades se forman grandes cicatrices en cuyo interior se ven numerosos tubérculos, debido esto á la falta de intervención y por ende á su gran desarrollo periferico, que suele ser bastante rápido, por más que se cicatrice en su parte central. Estos tuberculos incluídos en la cicatriz, están recubiertos de epitelio y son tan blandos que se pueden hundir con un estilete, dando la sensación de queso. Este

carácter es de importancia para diferenciarlo del epitelio-
ma ó de la sífilis que son indurados.

Y ya que hablamos de *diagnóstico diferencial*, dire-
mos que es fácil su confusión con la segunda porque
también tiene su asiento frecuente sobre la nariz y en
sus alrededores. Su diferencia característica es la indura-
ción y el inicio de la enfermedad, que no pueden por
cierto coincidir, desde que el lupus viene con la infancia,
la sífilis á lo sumo con la pubertad. Dejamos de lado, por
haberla dicho ya á la induración. En la forma ulcerosa el
lupus es extendido y menos profundo, la sífilis en cam-
bio es arrañada, menos extendida y más profunda. En
la forma cicatrizada la sífilis no tiene tubérculos como el
lupus. El microscopio, en último extremo, contribuye á
mejor dilucidar. El tratamiento mercurial del mismo modo, es
decisivo, en caso que la duda persista. Aselberg, aconseja
rara esto las inyecciones de calomel, pero esto no dilu-
cida mucho el punto, desde que parece tener este medi-
camento, también acción sobre el lupus. La edad es un
factor de diagnóstico diferencial con el epitelioma. Ade-
más este en su periferia tiene glóbulos epidérmicos duros,
lo mismo que la dureza característica de la hiperplasia.
No hablamos de las *blastomycosis* por ser sumamente raras.

Pronóstico. Debe ser siempre reservado, desde que
es de difícil y larga curación. Los *tratamientos* son muchos
y muy variados: desde la cauterización por las pastas ar-
senicales, por el HOK, por los ácidos fuertes y por el NO^3
Ag en barras, hasta el termo ó galvano-cauterio, todos
ellos destinados á destruir los tubérculos. Lo mismo de-
cimos de las escarificaciones repetidas que los dividen, ó
el curetaje que los arrastra: será seguido de cauterización.

Finsen ha iniciado con esta enfermedad el uso de la
terapia que lleva su nombre y que como sabemos consis-
te en la proyección de la luz solar ó de arco voltaico, á
travez de una lente azul y destinada á producir un esta-
do inflamatorio curativo. Tiene el inconveniente, sin em-
bargo, de ser muy larga su aplicación. Con todo, Sommer,

que ha visitado sus establecimientos, ha visto obtener varios éxitos.

Los rayos X actúan también sobre los tubérculos pero solo sobre los superficiales, por lo tanto hay que esperar que crezcan después de los profundos para poderlos combatir una vez en la superficie.

Hallopeau ha usado el permanganato de potasa al 1 x 50, en aplicación directa sobre las partes enfermas, con algunos resultados.

Lam de Viena, el mismo que introdujo en la clínica sifilopática el aceite gris, emplea un método radical para el lupus, que es la extirpación. Tiene el inconveniente de no poderse aplicar en ciertas partes como la cara.

Nelaton (hijo), ha preconizado en Francia la extirpación total.

Antes de terminar, quiero indicarles un medio para reconocer, en caso de duda, si se trata de lupus. Pasar sobre la parte enferma un algodón empapado en una solución de HOK al 50 %, y tener preparado otro algodón mojado en agua para quitar el ardor que aquel produce. Este ardor va acompañado de hinchazón y desprendimiento del epitelio; debajo se verán puntos rojos y salientes que son los tubérculos.

Tuberculosis miliar.—Muy semejante á la de los pulmones, representa, como en ellos, la forma generalizada de la piel. Presenta los mismos caractees anatómo-patológicos.

Tuberculosis ulcerosa

Se presenta en los sujetos que sufren de tuberculosis que se halla manifestada en otros puntos como ser: intestino, laringe, etc., reinoculándose los bacilos que ellos mismos ya llevan. No es pues cierto que haya una infección sanguínea que transmita la infección; sinó que se trata de una

verdadera propagación por contacto. Tal sucede con las mucosas bucal y laringea, con las encías, que hallándose en directo contacto con los esputos tuberculosos, se infectan también, dando lugar, con el tiempo, á una ulceración de bordes netos, con una aureola rojiza alrededor, con un fondo amarillento, anfractuosa y blanda. Como se comprende, no son más que propagaciones de la tuberculosis pulmonar por los esputos, que en lugar de seguir un camino ascendente, son ingeridos y al salir por el ano infectan sus alrededores, con suma facilidad, desde que hay allí una piel muy fina y un paraje en que á causa del movimiento se producen grietas y fisuras, que son otras tantas puertas de entrada de los microorganismos.

Fórmanse allí úlceras, muy dolorosas, que no deben confundirse con úlceras sifilíticas, pues tienen un fondo irregular, el borde sin induración y además el dolor, que no existe en las úlceras específicas.

Por otra parte, hay que investigar los antecedentes. No es una enfermedad muy común y la presencia de fisuras favorece su aparición. En cuanto al tratamiento, debe ser más enérgico que el del lupus vulgar y desde que se trata de tuberculosis avanzadas, si el caso es desesperado, nos limitaremos á calmar su dolor con paliativos como la cocaína, estovaina, morfina, etc., puesto que el organismo no se halla en grado de sufrir un tratamiento radical como la estirpación.

Tuberculosis verrucosa de Riehl y Palttauf

Esta forma no tiene tendencia á la ulceración, pero más bien á la proliferación. Por eso se le llama tubérculo anatómico, y es fácil de verle producirse en las manos de médicos ó estudiantes que trabajaron sobre el cadáver de algun tuberculoso y que se han infectado. Hay una verdadera hiper-

plasia de tejido, rodeada por una zona inflamatoria. Es una enfermedad que tiene por base la hipertrofia de las papilas, recubiertas á su vez de tejido córneo, con bacillos de Koch en su interior, en mayor número que en el lupus vulgar. Se debe en esta afección intervenir rápidamente haciendo cauterizaciones profundas.

Escrofuloderma Es una forma de tuberculosis muy común, tanto como remoto es su conocimiento.

Está constituida, en términos generales, por un absceso, precedido en su evolución anátomo patológica, por un tumor inflamatorio crónico, que más ó menos profundo, el enfermo lo sobrelleva sin experimentar dolor ni mayor incomodidad. La piel se enrojece, se adelgaza cada vez más y por fin se abre dando salida ya á un pus ya á un sero pus tuberculosos y abundantes. Es pues un absceso frío, caracterizado por su membrana tuberculógena interna, que á penas dió un ligero enrojecimiento y sin ninguna elevación de temperatura, de evolución crónica y lenta, y que ya puede abrirse paso por una amplia abertura, ó bien lo hace por medio de canales más ó menos fistulosos y de bordes azulados.

Luego viene la reparación cicatricial, bastante deforme, que deja su marca indeleble, por lo general, en la región de los ganglios del cuello. Es una afección muy común en los niños, si bien aparece, aunque sin tanta frecuencia, también en el adulto. Como causa predisponente á esta clase de tuberculosis atenuada, se halla todo lo que es capaz de debilitar el terreno orgánico, muy en especial la sífilis que ha hecho que se la denominara «*escrofulato de sífilis*». Metastasis posteriores son capaces de generalizar la tuberculosis.

Poco nos detenemos, y pasamos someramente indicando al escrofuloderma, pues su tratamiento es del dominio de la cirugía más que de la dermatología, aunque es bueno también fortificar al organismo y robustecerle para contrarrestar la acción microbiana.

Tricofitiasis

Conferencia, de agregación á la cátedra, del Dr. Uriburu

29 Setiembre 1908

Se designa bajo el nombre de *trichofitons*, *microsporrias*, *tiñas*, ciertos hongos parásitos del cuero cabelludo y de la piel. Enfermedades que atacan á hombres y animales y conocidas desde muy antiguo tiempo, puesto que los judíos fueron por ellas afectados, de preferencia por el *favus*, que figura citado en el *Levítico* de Moises, el cual nos habla de la alopecia que produce y de su contagiosidad. Griegos y Romanos también las conocieron y la historia nos dice que Julio César tenía una alopecia por *favus*, que no pudo, combatir por más que acudiera á los conocimientos de los más ilustres sabios de su época, teniendo por fin que recurrir á cubrirse su cabeza con laureles para ocultarla. La palabra *tiña* comienza sin embargo á usarse desde 1300. Joubert que traduce la obra de Giuliac, dice que este fué el primero que así la denominó y que este término de *tiña*, proviene del latín *tenere* (blando) debido á su consistencia, ó bien á ciertos gusanos á los que se les llamaba así.

Otros dicen que su origen es arabe (albatin), si bien así se denominaba, según unos, á las úlceras de la pierna. *Celso* se ocupa en sus libros de las tiñas, denominandolas *porrigo*, pero confunde en este grupo á casi todas las enfermedades del cuero cabelludo y de la piel, tan es así que entre ellas ha encerrado la conocida *pelada celsa*. Un alemán llamado *Klen* es el primero que empieza á estudiarlas en sus detalles de eflorescencias (pápulas, pústulas, etc.) é inspira á Willman un trabajo sobre las tiñas en el que comienza á distinguir dos clases de impétigo que denominan *porrigo favosa*, *porrigo pustulata*.

Con la aparición del microscopio, Gruby y Schoenlein nos dan á conocer su origen parasitario, y por último en 1892

Sabouraud los estudia y clasifica en género *Achorion* y género *Tricoficies*, subdividiendo al último en *endotrix* y *ectotrix*, y luego un tercer género de los *microsporum*.

Nosotros nos ocuparemos en especial de los tricofitos.

Tricofitos Endotrix.—Son tiñas de grandes esporos que atacan al interior del pelo, no son nunca, ó muy rara vez, á lo sumo, supuradas, atacan siempre al cuero cabelludo para no invadir casi nunca la piel. Se ven de preferencia en los niños. Se ha establecido una regla que dice «á grandes esporos pequeñas placas» y en efecto, así sucede, sus placas son pequeñas y tienen además, de particular, que hacen caer al cabello á ras de la piel ó en su mitad, y una vez caído el pelo, se puede ver una pitiriasis en forma de escamas que lo recubren, ó bien se puede encontrar en ellas mismas al pelo atrofiado y en forma de tirabuzón, que se ha roto en su mitad en el folículo.

No produce sin embargo una alopecia completa, no debiéndose confundir con todo, con aquellas otras alopecias que curan rápidamente y debidas á otras causas.

Los esporos pueden ser esféricos ó cuadrangulares, el caprimero llamado también de *micelio fragil* y el segundo tricofiton endotrix de *micelio resistente*. Este último tiene en efecto más resistencia y hace romper al pelo á alguna distancia, en cambio el fragil lo hace á ras de la piel y origina peladas. Cultivados sobre gelosa peptonizada y maltosada, el tricofiton de micelio fragil dá un cultivo en forma de un cono de color amarillento con grietas radiadas (*acuminatum*).

El de micelio resistente, dá un cultivo blanco amarillento, á veces de una variedad violeta (violaceum) y una forma *crateriforme*. Estas tiñas todas, de grandes esporos, rara vez toman la piel. El tricofiton *ectotrix*, ó sea de pequeños esporos, puede por el rascado invadir la piel y forman un solo punto de ataque, una placa grande que crece y puede alcanzar en una semana al tamaño de una moneda de 2 centavos, tomando en ella á todos los pelos y nó, como lo hace el de grandes espo-

ros, solo algunos; aquella es, pues, la verdadera tonsurante.

Toma el pelo en su exterior, respetando al interior, tan es así, que dice Sabouraud: «da el aspecto de un tallo mojado y sumergido en arena». Son pues, pelos de color blanco que salen hasta un centimetro de la superficie. A medida que el pelo crece se halla rodeado de piel crecida de modo que, cuando cae, deja á la epidermis un aspecto que recuerda á la carne de pollo. La alopecia que produce no es definitiva y puede curar, aunque su curso es bastante largo, pues aparece en el niño y puede durar hasta ser adulto.

Su tratamiento es el de la epilación, pero como es muy largo y difícil practicarla pelo por pelo, se aprovecha los rayos X, que producen sobre la papila un estado de sideración, como de sueño, que no permite el crecimiento del pelo, por lo que el hongo, no hallando su punto de adhesión muere. Mucho se ha discutido sobre su punto de partida y se sostuvo, por una parte que aparecian en la piel antes é invadian luego el cuero cabelludo, y por otra todo lo inverso. La primera teoria, sin embargo, parece que hoy día vuelve á prevalecer, y una prueba de ello son estas fotografias que tengo el agrado de presentarles y que son debidas al Sr. Baritti, que vienen á comprobarla. Las tiñas crecen rápidamente hacia la periferia y pueden á veces adoptar una forma concéntrica, tal como se observa en el *herpes iris*, así llamado debido á las vesiculas que se encuentran en su periferia. En nuestro país el mas común es el *Tricofiton gypseum* así denominado por parecerse su cultivo al yeso, en cuanto á su consistencia y que trae su origen del caballo. Cura espontaneamente y mejor aún si se le ha tratado durante 15 días con tintura de yodo.

El *gypseum* se contagia á su vez de hombre á hombre y origina dermatitis supuradas y foliculitis. Cuando toma la barba causa lo que se llama: Kerion Celsi. Su cultivo es blanco y redondeado. Las reínoculaciones en la

misma persona son frecuentes y á veces se disponen de tal modo que difícil es decir si son endo ó ectotrix.

Hay una variedad de la piel que se llama *epidermofitum* y que no toma nunca al pelo. El *epidermofitum inguinale* produce la enfermedad llamada *eczema marginado* de Hebra, así denominado por su márgen saliente sobre la piel. Parece ser de origen animal desde que aparece especialmente en los que se dedican á los ejercicios de equitación.

Tratamiento.—El tratamiento conocido desde tiempos antiguos es el de la epilación, que luego se abandonó por un tiempo hasta volver de nuevo en uso gracias al Barón de Alivert. Figuran al lado de él los hermanos Naón, que aún no siendo médicos, se dedicaron por 30 años consecutivos á este tratamiento, practicado por ellos á dedo y seguido de cauterización.

Descubierto el germen se usó la pinza y los antisépticos, pero esto era de muy larga duración, aparte de ser impotente la pinza en los casos de rotura del pelo en la mitad del folículo. El aceite de croton, sin embargo, penetrando hasta él es capaz de hacerlo caer, si bien ha dejado muchas veces alopecias cicatriciales, lo que equivale á decir irreparables. Los rayos X constituyen sin duda el tratamiento ideal, produciendo la sideración papilar, y en sus intervalos aplicación de antisépticos. El tricofiton de pequeños esporos es más fácil de tratarse porque produce placas grandes, mucho más difícil en la de grandes esporos en la que hay que efectuar la epilación total.

La tinura de yodo es mala, pura; buena, si es diluída y pueden verse sus efectos á los 10 ó 12 días. Las formas supuradas curan solas. Facilitar la forma aguda con fomentaciones calientes; luego de disminuída la inflamación se aplicará la tintura de yodo.

Prurigo

Enfermedad caracterizada por la queratosis y por el prurito de la piel. Antes de entrar en materia, es bueno diferenciar su nombre de aquel de prurito que no es más que un síntoma, mientras que el primero indica una verdadera afección, con sus efflorescencias especiales como veremos después. Enfermedad que es hoy día una forma clínica y constituye una entidad clara, desde que la estudió Hebra, cuyo nombre vá intimamente unido al de esta afección. Ella se inicia con la infancia y el solo hecho de que un adulto diga haberla adquirido recientemente, es suficiente para no creerle ó para rechazar indiscutiblemente el diagnóstico.

Es en efecto en la niñez y después del primer año que esta enfermedad hace su aparición, y comienza á revelarse tan solo por un fenómeno reflejo, como lo es el rascado, provocado por una alteración de las funciones gastro intestinales, acto que vá seguido de una urticaria no muy extendida ni abundante pero clara y neta en su constitución. Es por lo general con el cambio de la alimentación ó por una indigestión de pan, en un chico hasta entonces alimentado con leche, que se esboza el cuadro antedicho. Esas ronchas no desaparecen en el acto, sinó que duran meses para luego ser sustituidas por las sero-pápulas características del prurigo de Hebra, sin liquido suficiente para constituir una vesícula. Estas efflorescencias tienen cierta localización que se puede ver en todos los enfermos de esta afección, ó sea en las extremidades inferiores y superiores pero en los lados de extensión, mientras que en el tronco se hallan dispuestas irregularmente y en mucho menor número. Además hay algo de característico en cuanto á su repartición: se ven en efecto islotes de piel sana y de localización fija para todos los enfermos.

Incitados por el prurito los pacientes se rascan y al chocar la uña con la sero pápula la rompen, dejando salir un líquido seroso combinado con una gotita de sangre, y formando así por disecación una costra. Como esto se repite muchas veces, y teniendo presente que esta es una enfermedad eminentemente crónica y que dura toda la vida, origina á la larga la pigmentación de la piel y la destrucción de los folículos pilosos á causa del rascado. Hay en esta enfermedad una alteración funcional, una falta de transpiración, por lo que la descamación y por consiguiente la cura, se retarda. Es de observarse también que durante el verano la afección mejora en parte desde que la temperatura activa la funcionalidad del emuntorio sudoríparo. En cambio, en invierno sufre una acentuación desde que se hace más intensa la sequedad de la piel, que termina, por último, por perder su elasticidad.

Digno es de notarse que en la flexura del codo, en el hueso poplíteo y en la ingle, las eflorescencias y por consiguiente la uña, no han aparecido ni alterado su continuidad. Hay en cambio en la última región arriba indicada, un enorme infarto ganglionar indolente.

El síntoma prurito, aunque constante, tiene sin embargo sus oscilaciones de intensidad, que reagudece por momentos.

Como consecuencia lógica, los niños no duermen bien, y si lo hacen, aún en el sueño, sus uñas acuden á defenderse del prurito, de allí que él no sea tranquilo ni reparador. De allí también, que el chico afectado por esta enfermedad sea muy atrasado en su desarrollo físico é intelectual, lo segundo como producto de su falta de aplicación y de puntualidad á clase, desde que vé en sus compañeros de estudio otros tantos verdugos que lo motejan de *sarnoso*, toda vez que su terrible afección lo induce á rascarse.

El prurigo no suele presentarse en varias formas á juzgar por su intensidad, siendo las dos principales y únicas, la *leve* y la *feroz*. No hay términos medios, y el en-

fermo tiene ó una ú otra. Ambas duran toda la vida. Ellas no pasan de uno á otro grado, ni el tratamiento puede influir para que se transforme el uno en el otro. Lo único que puede hacer aquél es aliviar su intensidad.

La forma llamada *feroz*, es capaz de llenar todo el cuerpo con sus escoriaciones y efflorescencias, no respetando un solo paraje. En cambio, cuando es leve presenta el tipo antes descrito. Esta enfermedad puede ir mezclada con sarna, como también puede confundirse con ésta en un examen poco atento y si no se ha tenido la precaución de preguntar sobre la época de su aparición y evolución, como también si no se ha buscado surcos.

El alivio obtenido con el tratamiento puede desaparecer con éste.

Esta enfermedad predispone además á otras, y no es raro ver, en los parajes que habitualmente respeta el prurigo, aparecer el eczema. Este eczema tiene de particular que mejora con la aplicación de sustancias alquitranadas que se usan para el prurigo de Hebra, todo lo contrario pues, de lo que pasa con los otros eczemas agudos.

Tratamiento. Debe ser continuado toda la vida. Sabiendo que hay una falta de transpiración y descamación, será bueno emplear sustancias grasas y alcalinas que activarán su funcionalidad. Se ha querido dar aceite de higado de bacalao, creyendo que era una forma de tuberculósis. Yo creo que puede darse, pero por el solo hecho de ser una sustancia grasa y nó como tónico.

En efecto las grasas hinchán al epitelio, lo mismo que los alcalinos. Los baños turco-romanos son indicados, desde que el verano alivia á esta enfermedad.

Tengan bien entendido que esta afección no cura jamás y que todo caso de éxito significa la no existencia de dicha enfermedad.

Debemos estudiar ahora otros procesos patológicos similares al prurigo de Hebra por la presencia de seropápulas, como también del prurito y son: en primer término el *estrófulo*.

Estrófulos

Afección que aparece en la infancia bruscamente y de un día para otro, en forma de seropápulas discretas, pero con una localización propia y especial, puesto que muy á menudo suele respetar las extremidades, lo cual sirve para diferenciarla del prurigo. Como esta última, puede ir precedida de una urticaria. Por lo demás, la observación de un momento, basta para diferenciar estas dos enfermedades de pronóstico tan divergente, desde que en el estrófulo pueden verse, muy distanciadas unas de otras, costras sanguinolentas de reciente formación, mientras que en el *prurigo* todas sus eflorescencias reflejan un estado eminentemente crónico.

Como lo hemos dicho, su localización también los distingue, aparte de que el prurigo aparece al año ó año y medio de vida y el estrófulos á los dos ó tres años.

Este último, se halla favorecido en su aparición por las perturbaciones gástricas y por la dentición; es bastante modificable si se actúa sobre la causa, por medio de purgantes, ó bien favoreciendo la salida de los dientes.

Están indicados los antipruriginosos en general, *salvo el alquitran*, por ser absorbido fácilmente y sumamente tóxico en los niños. De modo que nos valdremos de soluciones alcohólicas de mentol, no olvidando de poner al abrigo la piel, desde que en esta afección, está probado, que cuando se la recubre con algodón, quizás debido á la imposibilidad de acción por parte del aire y de la luz, se atenúa muchísimo el escozor.

No es raro ver pues casos de niños, que han sido curados por su madre, con solo valerse de este medio.

En el *prurigo simple ó de Vidal*, cuyas eflorescencias muy semejantes y por su prurito fácil de confundir con los anteriores, hallamos su localización preferente en el tronco, pero con grandes porciones de piel sana entre un

grupo y otro de elementos, que son también seropápulas. Como en el caso del estrófulo, hay que combatir la causa, por lo general intestinal, y se aconseja á la vez de recubrir la piel para evitar la intervención del aire, de la luz y de la uña del chico.

Ictiosis

Enfermedad así denominada, porque en conjunto, dá al enfermo el aspecto de estar recubierto con escamas de pescado. En la mayor parte de los libros de dermatología se podrá leer, en lo que atañe á los síntomas de esta afección, que se caracteriza por un aumento de descamación, cuando lo que sucede es todo lo inverso, es decir que *hay una falta de descamación*.

Como el prurigo, esta enfermedad aparece en la primera infancia, y aunque no es justamente al año y medio como el primero, es sin embargo en el espacio comprendido entre los dos primeros años que hace su *debut*, y en especial en los primeros meses.

De modo que se puede bien decir que es una enfermedad innata, pues data casi del nacimiento. Su localización es la misma que la del prurigo, es decir en la extensión de los miembros y además en el tronco. Se hallan respetados el rombo poplíteo, la axila, la flexura del codo y la ingle. La ictiosis tiene muchas variedades. Una de estas es la llamada *serpentina* por ser parecida á las escamas de serpientes; otra es la *verdadera ó nítida* con escamas blanquecinas. Es una enfermedad, caracterizada por la alteración funcional de las glándulas sudoríparas, al mismo tiempo que también las glándulas sebáceas, siendo poco desarrolladas, no dan casi secreción, á tal punto que la secreción no se produce casi y el rudimento que existe, solo contribuye á la formación de escamas, que quedan adheridas en forma de cuadrados de sustancia córnea.

Tiene sus modificaciones, es claro, con las diferentes estaciones y lo mismo que el prurigo se atenúa con el verano. Sin embargo, se diferencia de esta enfermedad, porque la ictiosis no tiene como síntoma ese molestísimo prurito de la afección de Hebra y tan solo ataca á la estética, desde que la piel pierde su lisura y su brillo para volverse escamosa. El *liquen pilar* es una de sus formas más atenuada y más común, caracterizada por la presencia de pápulas pequeñas, que no se modifican y que por tanto no se transforman en vesículas, pústulas, etc. Es frecuente verlo en la región de extensión de los brazos y más aún en la porción deltoidea. Estas pequeñas papulitas blanquecinas observadas al microscopio, nos demuestran estar constituidas por una superposición de células corneas, que llegan por su proliferación á obturar los folículos, donde de preferencia se localizan, impidiendo así el desarrollo del pelo lanuginoso.

Hay otras formas de ictiosis que son proliferaciones, á la vez que de la capa córnea, también de las papilas. Es la *ictiosis gyrata* que alcanza á veces á recubrir á todo el cuerpo. *Ictiosis plumosa*, es, otra forma rara en que la proliferación se halla constituida por apéndices en forma de plumas. La piel, en todos estos casos, pierde, aún en los parajes donde no existe la afección, su tinte normal.

Esta enfermedad se puede modificar lo mismo que el prurigo, por un tratamiento adecuado, á pesar de que es incurable como él. Toda la acción terapéutica, se reduce pues á ablandar y disolver ese exceso de tejido córneo con grasas y alcalinos, ó sea con jabones y baños frecuentes.

Se ayudará además con un tratamiento general, si se quiere, aunque el Arsénico y el Aceite de hígado de bacalao tienen una acción muy discutida. Por lo demás, debe saberse que no es una afección que molesta al enfermo y si este recurre al médico, es por el solo hecho de la estética y por el temor de repugnar á los que le descu-

bran su mal. Nosotros recomendamos pues la aplicación de noche al acostarse, de jabón negro y vaselina en partes iguales y al día siguiente, al levantarse, bañarse y aplicarse sustancias grasas. Se alisa así á la piel.

Queratosis palmar

Relacionada íntimamente con la anterior, ella puede considerarse como una ictiosis local. Consiste en un desarrollo excesivo de las capas córneas de la palma de la mano y de la planta de los pies. Ella se observa á consecuencia de extendidas callosidades profesionales en que la piel, además del espesor, adquiere un tinte amarillento. Con todo, á veces, aparece de golpe, sin causa aparente y en individuos que no ejecutan trabajos manuales.

Es una afección simétrica.

Guiados por los conocimientos que tenemos sobre la ictiosis, emplearemos el mismo tratamiento. Debe recordarse además que esta enfermedad, es una de las tantas favorecidas por la aplicación de los rayos X, y hemos visto casos de verdadera curación. Claro está que el tratamiento debe ser muy largo, metódico y constante. Búsquese además si hay perturbaciones digestivas ú otros antecedentes, que indiquen un tratamiento etiológico, y si no se halla recurrase entonces á la radioterapia.

Esporotricosis

Conferencia de agregación dada por el Doctor Baliña

Enfermedad recientemente estudiada, ella reviste por lo tanto interés y actualidad. Descrita por Schenki en 1896 y por otros en 1900, su estudio ha sido divulgado en especial por Beurmann y Ramón, de tal manera que muchos prácticos, han podido constatar que se trata de

una afección bastante común en clínica. En nuestro país son pocos los casos hasta el presente indicados, debido por una parte, á su desconocimiento y por otra, al gran parecido que revisten algunas de sus formas con ciertos grados de tuberculosis y sífilis, que ha hecho que se incluyera entre estas enfermedades.

El hongo que la produce, ataca ya á la epidermis, ya al dermis y otras veces á la hipodermis, constituyendo así tipos distintos de la misma afección. Pertenecen á las talófitas (Mucedineas) y en los cultivos aparece constituido por un tallo segmentado, con esporos á su alrededor desprovistos de todo orden, lo cual lo diferencia de los *Aspergillus*.

Cuando ataca la epidermis, afecta la forma nodulosa, gomosa, consistente, elástica, inflamatoria é indolora, en número variado de 8, 10, 15 ó 20 y sin sitios de predilección, pues ya se los vé en el tronco, ya en las extremidades. A las cuatro ó cinco semanas de su aparición estos gomas se vuelven blanduzcos, transformándose en abcesos, que sin embargo, se caracterizan porque no tienen tendencia á abrirse al exterior y porque permanecen indolentes y en ese estado de fluctuación.

Con el tiempo pueden sufrir un regreso por reabsorción, pero si el médico interviene abriéndolos, es aún peor, porque vendrán las asociaciones á infectarlos más aún y á transformarlos en úlceras. Se presentará así un cuadro muy fácil de confundir con sífilis ó con tuberculosis.

En la forma dérmica, encontramos un carácter verrugoso y papilomatoso, que reúne muchos de los caracteres del lupus.

Excrecencias en forma de verrugas que, en el caso que ustedes ven en esta fotografía, han interesado la mano; son de consistencia blanduzca y provistas de una costra en la parte superior.

Ellas se extienden por vía centrifuga adquiriendo un tipo papilomatoso. En otros casos presentan un tipo ne-

lamente baciloso, á pesar de que su evolución de dos meses, rechaza la sospecha de una tubercalosis. Si se retira las capas de costra, se vé por debajo una superficie brotante que deja manar pus.

El diagnóstico debe casi siempre dilucidarse por el cultivo del parásito y la observación al microscopio, aunque es difícil reconocerse desde que no se ven muchos filamentos y porque hay restos de células y núcleos que pueden simular otros parásitos.

Su cultivo se hace, en cambio, con bastante facilidad, pues el esporotrico crece perfectamente en el medio de Sabouraud, dejándole después á la temperatura ambiente, que es apta para él, y no lo es en cambio para otros parásitos.

Parece ser que la temperatura uniforme sea más bien nociva á su desarrollo.

Después de 4 á 5 días de cultivado, se puede ver una mancha opaca, que se hace poco á poco azulada, algo saliente en su centro, verrucosa y que recuerda por su aspecto á las circonvoluciones cerebrales.

En nuestro caso ha sido el cultivo el que nos ha examinado hacia el diagnóstico de esporotricosis, desde que la lesión se prestaba á confusión. En otro caso, con localización circunscrita á la nariz, el cultivo contribuyó á completar nuestro diagnóstico, él fué obtenido puro por primera intención.

Esta forma es menos comun que la anterior.

Tercer tipo ó epidérmico.—Simula en este caso, en todo y por todo á la tricofitosis, siendo sus lesiones completamente superficiales, así como hemos visto que simula, la sífilis la hipodérmica y el lupus la dérmica ó verrucosa.

El tipo puro del cultivo se obtiene punzando un goma, pues él, no habiéndose abierto, no ha permitido las asociaciones.

En esta forma á gomas, hay un *tipo difuso* caracterizado por su gran número y que además, por no abrir-

se al exterior y por no ser en absoluto inflamatorios, ni tener induración, permiten ser separados fácilmente de la sífilis. Otra variedad es la *circunscrita*, de la cual el Doctor Grecco ha publicado un caso, que se presentaba en forma papilomatosa, dando á su vez lugar á una linfangitis ascendente con gomas hipodermicas en todo su trayecto. La lesión inicial se hallaba en el pie. Hay una tercera variedad de la forma hipodermica ó gomosa, consistente en la producción de pocos gomas, pero en cambio muy grandes y con un contenido de 300 á 400 grs. de pus cada una, simulando verdaderos abscesos frios. Parece intervenir aquí un esporotrico distinto.

La forma de los cultivos es constante y se conserva por tiempo indeterminado. De modo pues que, resumiendo, se trata de un hongo saprofítico que vive en los cereales (los casos por nosotros observados confirman lo dicho) y que puesto en contacto con una puerta de entrada del organismo humano, se abre paso y camino por los linfáticos, ó bien se generaliza por vía sanguínea. Es conveniente que en caso dudoso de diagnóstico, y dudandose entre esporotricosis ó sífilis, se trate la segunda por el solo mercurio, sin usar el Yoduro de potasio, que no quita duda desde que es específico para ambas enfermedades. La inoculación en los animales, del esporotrico es negativa, aunque en la rata da resultado, manifestándose por la formación de nódulos típicos.

Por la coloración: toma mal el Gram, en el sentido de que no se distingue bien de los leucocitos que le rodea. En cambio su estudio anátomo patológico es por demás interesante y se revela por tres zonas concentricas al goma. Ellas son: 1.º una capa externa de estructura sífiloide; 2.º una media tuberculoide y rica en polinucleares; 3.º una zona central, banal, pues no posee bacilos, pero con una multitud de mono y polinucleados y células epitelioides.

Como se vé este carácter sirve de por sí solo para diferenciar esta afección de la tuberculosis y además el

tratamiento quitará toda duda pues la esporotricosis cura bastante rápidamente con el Yoduro de potasio al interior y la tintura de yodo diluida, localmente.

Liquen rojo

Esta enfermedad de la piel fué descrita por primera vez por Hebra que la denominó así, aunque ella fuera conocida desde antes aún, á juzgar por ciertas descripciones antiguas.

Entre ellas debemos citar la que se denominaba *pili-riasis rubra pilar* que no es otra cosa más que el liquen rojo mal comprendido y peor denominado, como tendremos ocasión de probarlo.

De modo pues, que corresponde á Hebra el mérito de haber suprimido la confusión que antes existía en todo un conjunto de afecciones que se creían iguales, clasificando y caracterizando á cada una de ellas en particular.

Entiéndese por *liquen* toda afección en que hay un conjunto de papulas que no experimentan el ciclo evolutivo de la mayoría de ellas, es decir su pasaje á vesícula, pústula, etc...

Liquen rojo, porque Hebra observó que estas pápulas crecían sobre un fondo rojo.

No se crea que ella constituyera una enfermedad inofensiva, desde que cuenta aquel dermatólogo, que sus catorce primeros casos que tuvo ocasión de atender, fallecieron todos, y recién el décimoquinto se salvó gracias á un tratamiento oportuno.

Parece pues que con el tiempo haya esta afección evolucionado hacia un estado de benignidad, desde que hoy día no constituye ningún peligro para la vida del enfermo.

Kaposi describió después el *liquen rojo acuminado*, que venia á constituir una variedad del liquen rojo des-

erito por Hebra y en el que ya se hallaba incluido el *liquen rojo plano*.

En cambio, en Francia, persistiendo en no querer instruirse más que con la literatura patria, desconocieron la variedad de Kaposi, de tal manera que Devergie denominó *pitiriasis rubra pilar* al liquen rojo acuminado. Fué recién en el Congreso de Dermatología celebrado en París en 1879, que se dilucidó este asunto y que se llegó á la conclusión de que, si quería buscarse alguna diferencia entre ambas era que la *pitiriasis rubra pilar* se presentaba en una forma más benigna.

Tanto el liquen rojo acuminado como el plano, son afecciones papulosas, de pequeñas pápulas miliare, que se recubren en el primer caso de una abundante capa de tejido corneo. Es en especial en el liquen plano que se puede observar placas extensas constituidas por la yuxtaposición perfecta de los bordes de las papulas que adoptan, cada una de ellas una forma poliédrica, como puede observarse con una buena aproximación ó con una lente de aumento. Alrededor de ellas hay una zona rojiza en forma de aureola, y si se quita á la forma de Kaposi su capa cornea, se puede observar una superficie de un color rojo vinoso intenso. Esta capa va estendiéndose progresivamente á todo el cuerpo, volviendo áspera y ruda á su superficie.

El liquen rojo plano se halla constituido por escamas adherentes que se desarrollan siempre más y que por consiguiente no merece el nombre de *pitiriasis* que le asignara Duvergie, desde que él significa descamación.

Esta afección ataca de preferencia la palma de la mano, la planta de los piés y el dorso, afectando la forma de papulitas córneas grisáceas características, al mismo tiempo que se acompaña de síntomas generales como ser anorexia, enflaquecimiento rápido y prurito sumamente incómodo. Cuando no tienen la capa córnea encima de las papulas, ellas constituyen el liquen rojo plano, es decir lo opuesto del acuminado de Kaposi que se llama así, justamente por la elevación que tienen, debido al tejido corneo

que las recubre. Se distinguen, además, porque el plano, comienza y persiste en esta forma, mientras el acuminado puede pasar á la forma anterior durante su evolución.

La forma más común es la del líquen rojo plano, constituido por papulas planas y pequeñas, del tamaño de un grano de mijo, de bordes poligonales, por lo general exaédros, y de una superficie de color rojo vinoso, provista de un brillo céreo especial que una vez visto no puede confundirse con otro, tan característico él es. Ellas son ya aisladas ó ya confluentes, en este último caso formando un verdadero mosaico por su ordenada agrupación.

Pueden tener en su centro una pequeña depresión en cada papula. El prurito que produce es muy intenso que difícilmente se puede aplacar aún con acertados tratamientos.

Con la única enfermedad con que puede confundirse es con la sífilides papulosa miliar, tanto más que ambas atacan también las mucosas, de preferencia en las partes laterales de los carrillos. Aquí aparece el líquen rojo plano como puntos blanquecinos, á veces placas ó estrias debidas estas últimas, á la agrupación linear de sus elementos. Sobre la lengua puede constituir placas ya pequeñas, ó ya grandes por confluencia de varias de ellas, de límites precisos y de un color blanco nacarado, pudiendo compararse á una oblea pegada á ella. El sintoma prurito, puede, en la piel, dilucidar, con la sífilis, el diagnóstico diferencial. En el tipo *acuminado* de Kaposi, la capa gruesa de tejido corneo hace menos intensa su coloración. En la pitiriasis rubra pilar si se extrae con la uña la capa córnea superpuesta á la papula se vé que es cónica, en su parte saliente, como también en la parte que se halla hundida en la papula. Ultimamente, un médico italiano presentó una forma que ha sido englobada al líquen rojo, variedad que denomine *espinulosum* formada de conos córneos sumamente pequeños y delgados en forma de peños blanquecinos, con una base ancha, y de preferente residencia en la nuca, apesar de que se hallaban también en las extremidades, con sensa-

ción de aspereza á la palpación, aunque no tan pronunciada como en los anteriores.

El color de dichos pelitos es blanquecino.

Tratamiento.—Se aplica, por lo general, un doble tratamiento, es decir uno interno y uno externo. El tratamiento interno fué adoptado por primera vez por Hebra, con el que consiguió salvar su decimo quinto caso, y consistente en el Arsénico tomado á dosis progresivas y con intervalos. Tiene el inconveniente de ser perjudicial en la forma aguda, de modo que se usará solo cuando es crónica. El tratamiento externo vá dirigido contra el prurito y contra el grosor de la capa córnea. Para el primero son eficaces las duchas locales calientes, el ácido fénico, el mentol, el alquitrán y mejor aún el siguiente tópico:

<i>Rp.</i> Glicerolado de almidón	80	grs.
Acido Tartárico	3	grs.
Acido Salicílico	2	grs.
Acido Fénico	1	gr.

Puédese, si el prurito es muy intenso, elevar aún las dosis, como también suministrar al interior antipirina ó hipnóticos.

Séparse además, que hay una influencia marcada, por parte del mercurio, sobre la modificación de la pápula, no ya como tratamiento antisifilítico, sinó por su acción local. Se usa el *emplasto mercurial*, más como este es algo irritante, se le ha suplido con las pomadas á base de óxido amarillo da mercurio y de calomel, de aplicación permanente, ya solas ó aún combinadas con el ácido fénico.

Son buenas las lociones como ésta:

<i>Rp.</i> Bicloruro de mercurio	1	gr.
Acido fénico	20	grs.
Agua	500	grs.

Aunque se le puede reprochar, como á otras fórmulas, el peligro de intoxicación por absorción.

Hallopeau usa la solución de *permanganato de potasa al 1 por 50*, de acción muy favorable en especial en la lengua y mucosas, donde el liquen es muy rebelde. Si

hay mucha sustancia córnea que recubre al líquen rojo plano, se puede usar los emplastos jabonosos con ácido salicílico, que la reblandecen y aún el galvano-cauterio.

Lepra

Enfermedad conocida desde los más remotos tiempos, que figura en la misma Biblia, y en la historia á causa de los grandes estragos que causó en la Edad Media, á pesar de los esfuerzos vanos de la ciencia para curarla. Había en Europa en aquel entonces 3000 leproserías, dato con el cual nos damos cuenta del enorme desarrollo que habia adquirido esta enfermedad. Con el descubrimiento de América la vemos desaparecer en gran parte y ser suplida, en cambio, por la sífilis, que en aquel tiempo existía, pero en muy reducidas proporciones. La existencia de tantos lazaretos nos enseña, por otra parte, que se temía á la enfermedad y que se la creía contagiosa. Con todo, la disminución rápida del número de sus enfermos, ha contribuido mucho para que los partidarios de esta idea se volvieran menos numerosos. Además no se conocía su gérmen.

Cupo á *Armauer Hansen*, de Suecia, el doble mérito de su descubrimiento en una época en que no se conocían los colorantes microbianos, hallazgo que fué después controlado por *Neisser*, que reconoció en él un bacilo ácido resistente con mucha semejanza al bacilo de Kock.

Desde entonces se le denominó con el nombre de su descubridor. Este hecho ha venido á inculcar más y más en el ánimo general la idea de que se trata de una enfermedad infecciosa y contagiosa.

En la actualidad existe la lepra, aunque en pequeña cantidad, esparcida por todo el mundo, tanto en países ecuatoriales como nórdicos, en Europa, Asia, Africa y America, como ustedes lo pueden ver en esta mapa, donde

las zonas rojas representan los parajes que esta afección ha invadido. Pero observen también su distribución geográfica y verán que ella no existe en el centro del continente y que en cambio parece rechazada hacia la periferia del mundo, abarcando las costas de Francia, la Riviera de Italia, Grecia, Suecia, Noruega, Finlandia, Islandia, á pesar, estos últimos, de ser países fríos lo cual iría en contra de la teoría que hacia á esta enfermedad propia de los países cálidos.

La disposición periférica que acabo de demostrarles, viene, en cambio, en apoyo de una teoría que desde hace ya algunos años he sostenido una porción de veces y que más tarde expondré.

Agréguese por otra parte que la mayoría del vulgo cree que la lepra se contrae comiendo pescado crudo, y si esto dice, algo de verdad, fundado en la observación, ha de haber, que quizás no haya sido interpretado bien. Lo que yo saco en consecuencia, es que donde hay pescados hay indudablemente también agua, lo mismo que al lado de la periferia del mundo, ó sea de sus costas hay también agua, elemento imprescindible para mí, para que se produzca el contagio de la lepra.

En las regiones internas, ella no existe, porque tampoco hay agua.

Yo opino que la lepra se trasmite por un insecto, que es el mosquito, y que siempre existe allí donde hay agua, porque es en esta que deposita sus larvas. No creo en cambio en el contagio directo de persona á persona, puesto que todo el mundo conoce matrimonios donde uno de los esposos sufre de esta afección y el otro nó, á pesar del largo tiempo de cohabitación y de contacto íntimo, existente entre ellos.

En nuestro país hallamos también solamente casos aislados en la campaña, á pesar de la costumbre de tomar mate en un mismo recipiente y con la misma bombilla; lo mismo en otros países donde se fuma con la misma pipa. Hace más de 10 años que yo sostuve mi teoría en el Congreso Latino

Americano, donde fué combatida mi idea de trasmisión por insectos, aunque más tarde vinieron otras enfermedades á comprobar que esta vía de trasmisión era posible.

Esto por otra parte, nos demuestra el porque aparece también en los países fríos, puesto que debe saberse que en estos abundan los mosquitos lo mismo que en los países cálidos.

En mis excursiones por la campaña he querido informarme de boca misma del vulgo del porqué y del cómo se les había originado esa afección y se me contestó que se había producido *por comer carpincho*. Este animal es acuático y lo considero otro factor que confirma mi opinión.

¿Dónde hay más lepra en la República Argentina? En Corrientes y en Entre Ríos, cuyos solos nombres nos indican su riqueza hidrográfica y donde los mosquitos constituyen una verdadera plaga. En Europa, algunos autores, como ustedes mismos tendrán ocasión de leerlo, han aprobado mi idea.

Otro punto más: ¿Porqué no hay lepra en París, donde todos los leprosos acuden á millares para buscar alivio á su mal, ó bien á visitarla? Si el contagio fuera directo, aquella ciudad debería ser una leproseria. Lo mismo decimos de Alemania, donde no existe esta enfermedad, si se hace excepción de una pequeña región occidental próxima á Rusia.

Agréguese á esto, el refuerzo inesperado que tuvo mi teoría con lo que tuve ocasión de leer un día en la *Revue des Revues* y que decía con respecto á la *desforestation de la France*, que esto había traído como consecuencia una disminución considerable de la caudalosidad de sus ríos que se habían vuelto riachos, por haber dado en tierra con los hermosos bosques que tiempo atrás higienizaban la Francia.

He aquí, digo yo, el porque hay ahora una casi desaparición de la lepra en Francia, mientras en la Edad Media, causaba allí verdaderos estragos, cuando su riqueza

en ríos, y por consiguiente en mosquitos, era mucho mayor. Ahora bien, yo no conozco con precisión que género de mosquito será el que origina la trasmisión, pero es probable que algún día se conozca, como se conoce el *estegomenia* para la fiebre amarilla y el *anopheles* para la malaria.

En nuestro país hay lepra, sobre todo en la campaña, porque es allí que abundan los insectos de una manera notable, en especial en las provincias ya citadas. En cambio ella casi no existe en San Juan, Rioja, Santiago del Estero, en los parajes montañosos y por lo general áridos, donde el agua no existe casi.

En Puente del Inca ella no se conoce, á pesar de que yo mismo he mandado allí varios leprosos en busca de salud y de aislamiento.

En cambio, en las Islas de Sandwich, un solo leproso allí aislado, produjo 10,000 en poco tiempo.

Ahora bien, difícil es aún hacer experiencias, puesto que la lepra tiene una incubación larguísima y que no son probatorias por este mismo hecho, desde que no sabemos si en uno ó dos años de incubación, no han intervenido otras causas productoras. Se tiene ejemplos de personas que han estado de viaje en parajes donde la lepra existía, y que solo uno ó dos años después de su vuelta han sido sorprendidos por su invasión. La emigración de Suecia y Noruega, recién después de muchos años causó algunos casos de contagio en Norte América. En aquel país se hizo una experiencia en un reo, inoculándole la enfermedad, pero ella fué desgraciada, por el hecho de que resultó ser de una familia de leprosos, lo cual quitó todo su valor al resultado positivo que se obtuvo. Por lo tanto, consecuentemente con mi idea, yo aconsejo como medida de *profilaxia*, que el enfermo duerma siempre con mosquitero, lo cual no excluye, hasta tanto no esté perfectamente demostrada su vía de trasmisión, la conveniencia de no pasar sus cosas á otras personas, ó bien indicarle un viaje á Paris donde está probado que el contagio no existe.

Síntomas. — *Los prodromos* de la lepra, se hallan caracterizados por una fiebre casi de tipo intermitente, con exacerbación á la tarde, acompañada á veces de cefalalgia, epixtasis, cansancio y dolores vagos, reumatoideos que no se alcanza á localizar bien. Durante mi internado como practicante en este hospital, tuve ocasión de estudiar á un sujeto italiano, cuya fotografía ustedes ven, que presentaba estos síntomas y que todos creíamos un malárico, tan es así que se le trataba con quinina. Años después, á mi vuelta de Europa, le encontré á él y á su hermana con la lepra ya declarada por lesiones bien patentes. Esta afección se manifiesta bajo dos tipos: la forma *tegumentaria* y la forma *nerviosa*, pero ambas con manifestaciones en la piel aunque una más profunda que otra, constituyendo ya la lepra *maculosa* ó ya la *tuberosa*.

Cuando el bacilo de Hansen se localiza sobre los nervios, dá lugar á una forma pigmentada, con manchas que despues sufren una acromía en su centro y trae como sintoma la falta de sensibilidad. Se le ha llamado *sistemada nerviosa*, ó *maculosa*. Estas manchas en un principio eritematosas con limites bien marcados y que se presentan sobre la cara ó extremidades, poco á poco se vuelven pigmentarias en la periferia, al mismo tiempo que pierden su color en el centro, adquiriendo así una gran semejanza con el vitiligo. Esto no quiere decir, sin embargo, que ellas no puedan ser pigmentadas desde un comienzo sin pasar por ese estado eritematoso.

En otros casos la alteración nerviosa actúa á su vez sobre ciertos músculos y deforma así las regiones. Tal era el caso que presentó Hansen en el congreso de Copenhague, con las manos deformadas á causa de la atrofia de los flexores, y que curó. A esto debe agregarse las múltiples lesiones que el enfermo mismo se produce á consecuencia de la anestesia, que le hacen exponer, sin darse cuenta, á traumatismos y quemaduras, lo cual unido á las alteraciones tróficas pueden conducirle á un estado de mutilación.

Acompañando á esta lepra podemos observar á veces algún *tubérculo*, pero dominando siempre la forma maculosa: no cambiará su nombre, por más que algunos la llaman *lepra mixta*.

La *tuberosa* ó *tuberculosa* impresiona más á la vista por más que á veces se inicia con manchas provistas de pequeños tubérculos encima.

Los tubérculos, una vez bien desarrollados, pueden ser del tamaño de un garbanzo y aun más grandes, aunque hay formas difusas en las que se presentan como placas en la cara, en especial en la frente, de un color bronceado y con un brillo sebáceo por encima,

El sudor se halla muy disminuido ó suprimido, y la anestesia puede ir precedida de un período de hiperestesia, correspondiente á la invasión inflamatoria del bacilo de Hansen:

La lepra tuberosa tiene su asiento preferente en la cara, en las manos y en los pies: muy raramente aparece en el tronco. Esto ha servido para idear su etiología, atribuyendo el rol de puerta de entrada á la boca y á la nariz, lo cual, dista mucho de haberse probado. Dentro mismo del área de la cara, es el sitio intersupraciliar donde más comúnmente se vé á los tubérculos, y en el resto la pérdida de elasticidad de la piel hace que ella se recubra de arrugas, lo cual unido al color bronceado, dá lugar á un conjunto leontíásico, característico de la lepra.

La piel del dorso de las manos, también se pone rojiza, seca, desprovista de secreción sebácea y encima de ella se puede ver alguno que otro tubérculo. En las extremidades inferiores puede verse un tubérculo en cada dedo, ó en algunos de ellos, si bien la planta de los pies se halla libre, aunque con úlceras, pertenecientes, á veces, al mal perforante plantar, característica entonces por la induración callosa de sus bordes.

Los lepromas con el tiempo sufren la ulceración, debida en parte á los disturbios tróficos y en parte á las lesiones consecutivas á la anestesia. La ceguera es muy

frecuente en la lepra de la cara: ella comienza por un *nefelion* que se extiende y profundiza hasta originar un *leucoma total*, todo esto consecutivo á lesiones primitivas de la conjuntiva. Con todo, esta enfermedad, no siempre obedece á los tipos descritos y no es raro ver lepra en forma papulosa. La forma tuberosa es de evolución sumamente lenta, á pesar de que algunas veces se presenta de evolución aguda.

Diagnóstico diferencial. Se establece con el *vítiligo*, con el *lupus vulgar*, con la *sífilis* y con la *epidermolisis hereditaria traumática*.

El *sarcoma múltiple idiopático* debe también ser diferenciado.

El *vítiligo* no tiene anestesia. La *sífilis* tiene induración y sensibilidad. El *lupus vulgar* tiene su cronicidad, sus tubérculos pequeños, su sensibilidad y su época de aparición. La *epidermolisis*, se caracteriza por el traumatismo y el gran número de ampollas y la sensibilidad existente, lo mismo que el *milium* que lo acompaña.

El *sarcoma múltiple idiopático* tiene: la acumulación característica de sangre que hizo que Kaposi lo llamara *hemorrágico*, su evolución y la falta de anestesia.

Pronóstico.— ¿Es ó no es curable la lepra? «Yo—dice Sommer—he sostenido en contra de la opinión de muchos, que sí». Una prueba de ello es que ciertas formas de lepra que producen deformaciones, llega un día que ya no lo hacen y el enfermo mejora en su estado general.

«El primer caso—agrega—que tuve ocasión de ver curarse fué un enfermo de la sala del Dr. Castaño, en este hospital, al cual yo había diagnosticado lepra, de acuerdo con otros médicos que me acompañaban. Este enfermo se fué á Italia donde le indicaron los baños sulfurosos y á su vuelta no pude encontrarle ni rastros de su enfermedad en la piel. Este caso apareció publicado en los *Anales de la Asistencia pública*».

«Otro enfermo con una mancha anestésica pigmentada, bastante grande, acudió en cierta ocasión á mi con-

sultorio. Reconocí la lepra y le traté con aceite de Chaulmugra y baños sulfurosos. Luego me ausenté para Europa y durante mi ausencia lo siguieron atendiendo con el mismo tratamiento los doctores Castaño y el malogrado doctor Bengolea.

Algunos años después le vi aparecer de nuevo á mi consultorio con el fin de curarse una blenorragia. Le reconocí y estudié detenidamente su piel, sin hallar absolutamente nada. No citaré mas casos prácticos, solo diré que ellos son muchos, y que una gran parte se han curado con solo trasladarse á Europa.

Tratamiento. Se han ensayado todos los medicamentos posibles é imaginables, para llegar á la conclusión de que el mejor medicamento es el Aceite de Chaulmugra. Este debe darse por gotas, comenzando por 5 á 10 por comida y aumentando paulatinamente hasta llegar á 200. El Ictiol á la dosis de 1 gramo y más al día es indicado aunque no tanto como el anterior. La acción del ácido fénico y del arsénico al interior es muy discutida.

Localmente, sobre los mismos lepromas usar pomadas bien concentradas al ictiol. Lo mismo, cualquier tópico que sea capaz de producir sobre ellos un estado inflamatorio es bueno: tan es así que la erisipela, que á veces se desarrolla en la cara anestésica del leproso, avanzado origina un estado de mejoría relativa, pues esta inflamación mata el bacilo de Hansen. Dejamos de lado el suero de Carasquilla por ser inútil. El Nastí hace reabsorber la grasa de los bacilos vivos lo cual impide su regeneración. No olvidar además lo esencial que es: el sacar al enfermo del medio en que vive y donde ha adquirido su afección para enviarlo á Europa, especialmente á París, donde no existe el contagio, ó al centro de Alemania, nunca á Italia ó en la región costera de Francia, donde existe la lepra. En nuestra República misma hay parajes aptos para estos enfermos. Yo he tenido ocasión de mandar varios á Mendoza (Puente del Inca). La eficacia y la ventaja que tiene París, nos está demostrada por los tratamientos que, eficaces

allí, no lo son en otros países. Es por esto que tenemos ocasión de leer que tratamientos á base de aceite de Chaulmagra, Ictiol, ó calomel en inyecciones han dado un rápido y excelente resultado en aquella capital, mientras, aquí, en Buenos Aires, se ha requerido mucha más atención, un plazo mayor de tiempo y un éxito relativo.

FIN.

INDICÉ

Prefacio	Pág. 5
Eflorescencias	" 7
id Secundarias	" 14
Etiología	" 18
Diagnóstico.	" 19
Marcha y pronóstico	" 21
Tratamiento	" 21
Eczema	" 36
Secreción sudorífica	" 51
Secreción sebacea	" 54
Acné	" 58
Ptiriasis	" 70
Verrugas Sebaceas seniles	" 73
Prosiasis ó Soriasis	" 76
Lupus erimatoso	" 81
Enfermedades debidas á insectos	" 85
Pediculosis	" 89
Impetigo y Ectima	" 97
Tuberculosis de la piel	" 98
Tuberculosis ulcerosa	" 103
Tuberculosis verrucosa de Riehl y Paltauf	" 104
Tricofitiasis.	" 106
Prurigo	" 110
Estrofulos	" 113
Ictiosis	" 114
Queratosis palmar	" 116
Esporotricosis	" 116
Liquen rojo	" 120
Lepra	" 124

DEL MISMO EDITOR

* Bachmann. —Teoría de la inmunidad.	§	5.—
* Bachmann. —Análisis de urina (proximamente). »		
* Belou. —Tratado de Parasitología, 2ª edición encuadernado.	»	15.—
* Belou. —Curso de investigaciones.— <i>Responde integralmente á los programas de trabajos prácticos de Anatomía descriptiva de primero y segundo año</i>	»	7.—
* Boeri. —Farmaco-dinámica y posología razonada »		10.—
* Durañona y Domínguez. —Apuntes de Botánica médica, 2 tomos	»	20.—
* Florentino y Castagnino. —Apuntes de Botánica médica	»	1.—
* Greenway. —Artropodos parasitos, parte segunda Zoología animal	»	5.—
* Justo Felipe A. —Trabajos prácticos de higiene y aire atmosférico	»	6.—
* Justo Felipe A. —Tratado elemental de Microbiología, dos tomos en 8º con 1.000 páginas aproximadamente y numerosos grabados, (proximamente)	»	
* Mendez J. —Lecciones de Higiene médica, 1 tomo de 600 páginas	»	6.—
* Mialoch. —Histología vegetal y microquímica - »		3.50
* Morinelli. —Análisis químico cualitativo, cuantitativo y orinas, segunda edición, (1908) . . . »		3.—
* Pasqualis-Politi. —Leucomainas y auto-intoxicaciones.	»	0.50
* Pennington. —Análisis químico y toxicológico . »		2.—
* Pennington. —Carácteres macroscópicos de las plantas más comunes de la vecindad de Buenos Aires	»	1.—
* Gius. V. —Química analítica. - Conferencias del Prof. Quiroga	»	4.—
* Sommer. —Lecciones sobre sífilis por el Dr. Arrighi »		5.—
* Sommer. —Lecciones sobre piel	»	3.—